Rok XXXVIII. Kraków, 16 Września 1899. Nr. 37.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Podwale L. 9

Expedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 16 Września 1899. Nr. 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przypadek mózgowego porażenia dziecięcego.

(Celebrale Kinderlähmung).

Podał

Dr. Mieczysław Świtalski

praktykant kliniki psychiatrycznej Prof. Dra Krafft-Ebinga w Wiedniu.

Przypadki mózgowego porażenia dziecięcego nie należą do rzadkości, są przeważnie jednostronne, zajmują albo połowę ciała, albo też jedną z kończyn. W niektórych przypadkach zajęte są także i mięśnie głowy. Od porażeń pochodzenia rdzeniowego różnią się przedewszystkiem brakiem znaczniejszych objawów zanikowych w zajętych częściach, które są czasami nieco mniej rozwinięte, ale w nieznacznym tylko stopniu. Natomiast dość często występują w częściach porażonych ruchy mimowolne, jak pląsawicze, albo też atetotyczne. Stopień porażenia jest bardzo rozmaity, większy lub mniejszy; w tych jednak przypadkach, gdzie mamy ruchy mimowolne,zawsze bardziej znaczny. O wiele rzadsze są przypadki obustronnego porażenia; a to z tego powodu, że schorzenie, zajmując obie połowy półkul mózgowych, prowadzi rychło do zejścia śmiertelnego. Przypadek, który zamierzam opisać, jest zajmujący z kilku powodów. Jest on przedewszystkiem obustronny, obydwie połowy ciała są prawie symetrycznie zajęte i ruchy atetotyczne, które chora wykonuje, nie stoją w stosunku do porażenia.

W y w i a d y: D. F., lat 15, stanu wolnego. Rodzice i rodzeństwo chorej żyją zupełnie zdrowi. Przyjście na świat chorej było bardzo ciężkie, miało trwać trzy dni; dziecko urodziło się w stanie zamartwiczym i dopiero po długiem cuceniu przyszło do siebie. Zaraz po urodzeniu miała chora napady drgawek, które w ciągu następnych 14-tu dni kilkakrotnie się powtórzyły.

Od tego czasu datuje się początek choroby. Wtenczas zauważyła już matka, że dziecko wykonuje kończynami szczególne ruchy i od czasu do czasu występujące ściąganie jużto jednej jużto drugiej połowy twarzy. Chorób, oprócz odry, nie przechodziła żadnych. W czwartym dopiero roku zaczęła chodzić, ale chód nie był nigdy tak pewny, jak innych dzieci. W siódmym roku życia zaczęła pacyentka uczęszczać do szkoły, była mało uzdolnioną i nauczyła się tylko czytać. Mimowolne ruchy w kończynach górnych utrudniały jej naukę pisania. Mierne pogorszenie istniejącej choroby datuje się od trzech lat, od którego to czasu chora chodzić może tylko przy pomocy laski. Ruchy mimowolne tak w kończynach, jak i w zakresie nerwu twarzowego, nie ustępują we śnie i tylko czasami ustają zupełnie na kilka minut. Regularność dotychczas nie wystąpiła

S t a n o b e c n y: Długość ciała 146 ctm. Budowa kości drobna, odżywienie dobre. Obwód czaszki 55 ctm. bez jakichkolwiek oznak krzywicy. Źrenice równe, miernie szerokie, oddziałują dobrze na wszystkie bodźce, mięśnie oczne działają prawidłowo. Tętno miarowe o dobrem napięciu, 64 uderzeń, oddechów 22 na minutę. Narządy wewnętrzne bez zmian. Ciepłota ciała prawidłowa Wybitniejszych zboczeń w inteligencyi niema.

W zakresie dolnych gałęzi obydwóch nerwów twarzowych, więcej po stronie lewej, mimowolne powolne ruchy, polegające przeważnie na przeciąganiu kąta ust, od czasu do czasu marszczeniu nosa, otwieraniu ust i składaniu się jakby do świstania Objawy te wzmagają się bardzo znacznie przy ruchach dobrowolnych, przy wykonywaniu których widać niedowład mięśni w zakresie dolnej gałęzi nerwu twarzowego prawego. W zakresie górnych gałęzi obydwu nerwów widzimy tylko nieznaczne objawy podrażnienia. Język duży nie okazuje żadnych zboczeń w ruchomości. Migdałki powiększone. Mowa nieco nosowa, cokolwiek niewyraźna, szczególnie litera R. Żucie i połykanie zupełnie prawidłowe. W zakresie innych nerwów mózgowych zboczeń nie widzimy żadnych.

Jeżeli chora prosto stoi, uderzającą jest jej postawa, kręgosłup w części piersiowej i lędźwiowej wygięty jest w kształcie bardzo znacznego zboczenia bocznego, zwróconego ku stronie prawej, w części zaś szyjnej okazuje mierne zgięcie boczne ku stronie lewej. Prawe ramię podniesione ku górze, głowa skręcona i nachylona ku stronie prawej. Przedudzia ustawione ksobnie (addukowane), skrzyżowane, prawe równocześnie nieco ku wewnątrz skręcone.

Ruchy głowy prawidłowe. Na kończynach górnych, które okazują szczególne ustawienie, zaników mięśni, niema. Przedramiona zgięte w stawach łokciowych, a równocześnie ręce zgięte w stawie nadgarstkowym ku stronie dłoniowej. Palce duże w zgięciu (flexio) ku dłoni, reszta palców w stawach międzyfalangowych wyprostowana, wygięta ku stronie dłoniowej w stawach śródręcza i palców. Nieprawidłowe to ustawienie ręki wybitniejsze jest po stronie prawej, aniżeli po lewej. Jak długo chora nie wykonuje żadnych ruchów dobrowolnych, zauważyć można tylko nieznaczne ruchy atetotyczne w stawach palców i ręki, szczególnie prawej. Od czasu do czasu występują podobne ruchy mimowolne w stawach barkowych i łokciowych. Ruchy czynne w łokciowych i barkowych stawach możebne, jakkolwiek je chora niezgrabnie wykonuje; od czasu do czasu przeszkadzają jej w tem ruchy mimowolne; podobnie zachowuje się ruchomość ręki w stawach nadgarstkowych, w prawym jednak bardziej są one upośledzone, aniżeli w lewym. Ruchy czynne palców przez ciągle powtarzające się ruchy atetotyczne w znaczniejszym stopniu upośledzone, prawie niemożebne. Wyprostowanie dobrowolne palców ręki lewej w stawie śródręcza i palców wywołuje bardzo regularnie mimowolną ad — a następnie abdukcyą 3-go i 4-go palca, których ruchy są nieco prędsze i wydatniejsze. Przy wykonywaniu ruchów biernych w stawach kończyny lewej uczuwamy mierną sztywność, którą w większym stopniu znajdujemy w kończynie prawej. Odruchy kostne wzmożone. Kończyny dolne ustawione w addukcyi w stawie biodrowym, a równocześnie w skręceniu (rotacyi) na wewnątrz, szczególnie prawa. Po stronie prawej stopa kopytoszpotawa (pes equino varus), po lewej płaskonogokoślawa (pes plano valgus). Jeżeli chora leży na łóżku z nogami wyciągniętemi, występują od czasu do czasu bardzo krótko trwające skórcze drgawkowe (kloniczne) w mięśniu czworogłowym (quadriceps), które powodują wstrząśnienie całej kończyny dolnej z równoczesnym nieznacznym ruchem skręcającym (rotacyjnym) na wewnątrz. Ruchy te udzielają się także tułowiu, powodując jego wstrząśnienie. Ruchów mimowolnych w tułowiu zauważyć nie można Palce obydwu kończyn dolnych wykonują typowe ruchy atetotyczne, wzmagające się przy ruchach czynnych. Ruchomość stopy prawej cokolwiek upośledzona. Lekkie porażenie kończyny prawej, gdzie także spotykamy opór przy wykonywaniu ruchów biernych. Małego stopnia wychudzenie mięśni podudzia, wyraźniejsze po stronie prawej, niżeli po lewej, (po prawej 27 ctm. po lewej 29 ctm). Odruchy kolanowe i brzuszne wzmożone; odruch ścięgna Achillesa łatwo wykazalny. Chód upośledzony, chora idąc przy pomocy kija stąpa zawsze nogą prawą, wykonując dostate-

czny ruch naprzód, pociąga i dostawia do niej nogę lewą, która opisuje łuk. Robiąc ruch kończyną prawą, skręca równocześnie miednicę około osi pionowej na prawo, a w stawie biodrowym wykonuje skręcenie na zewnątrz. Stopę stawia palcami, podnosząc ją następnie bardzo nieznacznie z podłogi. Czucie skórne i mięśniowe prawidłowe.

Upośledzenie ruchów czynnych, które widzimy u chorej, spowodowane jest więcej sztywnością mięśni, aniżeli nieznacznego stopnia niedowładem, a nadto ruchami atetotycznymi, które się wzmagają przy ruchach zamierzonych. Skręcenie kręgosłupa spowodowane jest nierównem napięciem mięśni grzbietowych po obydwu stronach. Zastanawiając się nad etyologią tego przypadku, rozstrzygnąć przedewszystkiem musimy, czy sprawa patologiczna w mózgu powstała podczas życia płodowego, czy też przy porodzie, albo też jeszcze później. Tę trzecią możebność możemy wykluczyć, gdyż z wywiadów wiemy, że chora zaraz po przyjściu na świat dostała napadu drgawek, które się w ciągu pierwszych dwóch tygodni powtórzyły kilkakrotnie, a matka zauważyła u dziecka kilkodniowego ruchy, które wykonywało twarzą i kończynami. Nie mamy również żadnych danych do przyjęcia, by początek choroby należało odnieść do życia płodowego. Rodzice chorej są zupełnie zdrowi, nie przechodzili kiły; matka chorej w czasie ciąży nie przebywała żadnych chorób zakaźnych i niedoznała urazu. Widzimy natomiast z wywiadów, że poród chorej przeciągał się bardzo długo i był bardzo ciężki. Dziecko urodziło się w stanie zamartwiczym i dopiero po długiem stosowaniu sztucznego oddechania przyszło do siebie. Jeżeli przyjmiemy, że obraz chorobowy, który nam pacyentka przedstawia, zawdzięcza powstanie swoje uszkodzeniu mózgu podczas porodu, to można prawie jako pewnik przyjąć, że chodzi tutaj o krwotok. U dzieci, które umarły wnet po ciężkich porodach, znajdujemy bardzo często krwotoki podoponowe, umiejscowione wzdłuż rowka centralnego, t. j. w przebiegu zwojów centralnych i ich najbliższem otoczeniu.

Wedle Virchowa krwotok ten pochodzi z żył, które, wychodząc z opony miękiej, wlewają się do zatoki sierpowatej. Skutkiem przesunięcia się kości ciemieniowych na siebie zostaje zatoka żylna zwężoną, a może i zupełnie zaciśniętą; powstaje więc w ten sposób zastój żylny, który, jeżeli przekroczy pewne granice, daje powód do krwotoku. Dzieje się to szczególnie łatwo, jeżeli przerwy między bólami porodowymi przy ścieśnionej miednicy są zbyt małe. Jeżeli ognisko krwotoczne jest duże, to może dać powód albo do zejścia śmiertelnego, albo też wessie się powoli, upośledzając tymczasem rozwój odpowiedniej części, a nawet całego mózgu. Z dotychczas znanego z piśmiennictwa materyału sekcyjnego widzimy, że powstają tutaj czasami torbiele, albo rozlany zanik i zwyrodnienie włókniste kory mózgowej, a czasami, jakkolwiek rzadko, małość zwojów mózgowych. (Microgyria). Kilkanaście przypadków mózgowego porażenia dziecinnego, które badano na stole sekcyjnym, jest zebranych w monografii Freuda: z zestawienia tego widać, jak zmiany, usadowione w rozmaitych okolicach mózgu, dają te same objawy za życia. Ztąd też pochodzi trudność umiejscowienia ogniska na podstawie objawów, które się spostrzega za życia. Jakkolwiek w danym przypadku należy przyjąć, że zmiana znajduje się umiejscowiona w zwojach środkowych kory mózgowej, to nie możemy stanowczo wykluczyć, by nie leżała gdzieś dalej w przebiegu dróg piramidalnych. Przeciwko pierwszemu przemawiałby tylko zupełny brak objawów podrażnienia kory mózgowej (napady padaczkowe—padaczka Jacksonoska), jakkolwiek nie należą do rzadkości przypadki, w których ogniska chorobowe, położone w korze mózgowej, nie dawały za życia objawów jej podrażnienia. Za tem przypuszczeniem przemawia natomiast doświadczenie, że w przypadkach, powstałych przy porodzie, ognisko znajduje się w korze mózgowej. Przyjmując zatem ognisko korowe, umiejscowienie jego będzie, idąc od dołu, następujące: zwoje centralne tylne do wysokości dolnego rowka czołowego, dalej zwoje centralne przednie i tylne, wzdłuż rowka centralnego i przednia część zwojów paracentralnych. Ognisko, które znajduje się w wyżej wspomnianej okolicy mózgu, nie może być jednostajne, a raczej składa się z pojedyńczych ognisk, które tak są położone, że działają drażniąco na korę mózgową, która nie okazuje znacznych zmian patologicznych i wywołują w ten sposób atetozę. Przemawia zatem nieznaczny stopień porażenia.

Piśmiennictwo.

Erb: Memorabilien 1877, Ueber das Vorkommen der spastischen Spinallähmnng bei kleinen Kindern. — Tenże: Ueber hereditäre spastische Spinalparalyse. (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde* 1894, VI). — Eulenburg: Athetose. (*Wiener medic. Presse* 1899). — Tenże: Zur chirurgischen Epilepsiebehandlung, namentlich zur Casuistic der Rindenexcission bei idiopatischer Epilepsie. (*Berliner klinische Wochenschrift* 1895). — Freud: Die infantile Cerebrallähmung. (*Nothnagel spec. Pathologie und Therapie* t. IX. 2). — Monakow: Gehirnpathologie. (*Nothnagel spec. Pathologie und Therapie* t. IX. 1).

II. Doświadczenia nad zastósowaniem 40% formaliny, formagenu i jodoformagenu w dentystyce.

Podał
Dr. W. Łepkowski
Doc. dentystyki w Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy).

Wyniki badania wydobytej miazgi gołem okiem i pod drobnowidem zestawiam w tym samym porządku, w jakiem doświadczenia przeprowadzano.

1) Kieł górny strony prawej: barwa zęba prawidłowa, dziąsła nie okazują żadnych zmian, plomba nienaruszona. Osłonka korzenia (*pericementium*) lekko nastrzykana. Miazga zębowa różowa, soczysta, w części koronowej silnie zaczerwieniona. Pod drobnowidem: część korzeniowa prawidłowa, szczyt zaś zmieniony o tyle, że naczynia są tu rozszerzone i zapchane czerwonemi ciałkami. W sąsiedztwie miejsca operowanego, tkanka miazgi bogatsza w komórki. W części środkowej, odpowiadającej jamce wywierconej w zębie, znajduje się ciało czarne, niedające się bliżej określić, które musiało się dostać w czasie operacyi do miazgi i tam obrosło tkanką łączną włóknistą, wśród której nie widać leukocytów. Prawdopodobnie jest to okruszyna z świderka.

2) Kieł górny strony lewej. Otoczenie zęba prawidłowe, miazga zębowa różowa, w części koronowej widać małe ograniczone miejsca żywo czerwone. Pod drobnowidem: część korzeniowa prawidłowa. Naczynia części koronowej rozszerzone, zapchane ciałkami czerwonemi krwi. Wśród tkanki, obfitszej w komórki, gdzieniegdzie małe wybroczyny, leukocytów nigdzie nie widać.

3) Kieł dolny strony prawej: dziąsła nie zaczerwienione, nie obrzmiałe, kolor zęba nie zmieniony, plomba dobrze się trzyma. Osłonka korzeniowa lekko nastrzykana. Po rozłupaniu zęba niema żadnego cuchnienia, miazga zębowa w części koronowej ciemno-wiśniowo zabarwiona, a zabarwienie to ostro odgranicza się od reszty i zajmuje 3 do 4 milim. Część korzeniowa miazgi o wejrzeniu prawidłowem, barwy blado-różowej. Po nacięciu górnej części stwierdza się,

że owo ciemno-wiśniowe miejsce jest wybroczyną. Pod drobnowidem: korzeniowa część miazgi przedstawia się zupełnie prawidłowo. W górnej trzeciej części widziana jest przez cały przekrój przechodząca, ostra linia graniczna, oddzielająca część zdrową miazgi od zmienionej. Część zmieniona zajmuje trzy milimetry na 13 milim. długości całej miazgi. Pas graniczny utworzony jest przez dużą wybroczynę; na brzegu jej ciałka czerwone krwi zachowały zupełnie swój kształt, barwią się silnie, a znajdują się wśród tkanki, której komórki barwią się gorzej, i są od siebie poodsuwane. Dalsza część pasu granicznego jest zajęta przez ciałka czerwone krwi już zmienione, barwiące się gorzej. W tem miejscu widać wśród wybroczyny jeszcze naczynia krwionośne. Powyżej tego miejsca tkanka naciekła jest tak silnie ciałkami białemi a poczęści i czerwonemi, że budowa jej jest zupełnie zatarta. Naciek ropny jest najgęstszy w części środkowej miazgi zębowej; część zaś miazgi, która leżała bliżej korony, jest słabiej naciekła leukocytami, natomiast zamożniejsza w młode komórki łączno-tkankowe. Naczynia tej części są zapchane ciałkami czerwonemi krwi; jądra ciałek białych, leżących w tej części, barwią się gorzej i mają zarysy zamazane. W samej koronie znajdujemy tkankę stosunkowo prawidłową, jednakże zamożniejsza w komórki i gdzieniegdzie zawierająca małe wybroczyny. Badanie kilku skrawków na drobnoustroje nigdzie ich nie wykazało.

Przytoczone powyżej wyniki badania 3 zębów dają nam obraz działania formaliny 40%, użytej w różny sposób i wśród różnych warunków po dwóch tygodniach jej styczności z miazgą zębową. Z kolei przedstawiam wyniki doświadczeń nad zastosowaniem formagenu i jodoformagenu, które pozostawały w styczności z miazgą zębową przez dni 4.

4) Kieł dolny strony lewej. Otoczenie zęba prawidłowe, barwa niezmieniona, *pericementium* nieznacznie nastrzykane, plomba dobrze się trzyma. Po rozłupaniu zęba przedstawia miazga barwę blado-różową, jest soczysta, gdzieniegdzie w części koronowej widać małe miejsca wiśniowe, ciemniejsze. Pod drobnowidem część korzeniowa posiada wejrzenie prawidłowe, w części zaś koronowej i środkowej są zmiany, polegające na wybroczynach krwi wśród tkanki prawidłowej; naczynia są rozszerzone, miejscami zapchane ciałkami czerwonemi krwi. Nad tą częścią widać wśród tkanki dość gęsto rozsiane komórki duże, okrągławe, z niewielkiem jądrem, ułożonem w niektórych obwodowo. Protoplazma tych komórek ziarnista, w niektórych komórkach zawiera 1 do 3 wakuol; wśród protoplazmy widać drobne ziarenka brunatnawego barwika. Nacieku ciałkami białemi krwi nigdzie nie spostrzegamy. Badanie skrawków na drobnoustroje, nigdzie ich nie wykazuję.

5) Ząb trzonowy drugi dolny strony lewej. Dziąsła nie przedstawiają zmian wybitnych, plomba w dobrym stanie, barwa zęba nie zmieniona, osłonka zęba nieco nastrzykana. Miazga zębowa w części koronowej ciemno-wiśniowo zabarwiona, dalsza jej część o prawidłowem wejrzeniu. Na przekroju widać już gołem okiem w jednej trzeciej części miazgi zębowej ostro ograniczone ognisko, jednostajnie różowo-żółto zabarwione, tylko na brzegu nieco ciemniejsze, wielkości prosa. Pod drobnowidem widać, że ognisko to składa się z czerwonych ciałek krwi, zbitych w jedną masę, a barwiących się gorzej. Tylko część brzeżna zawiera jeszcze dobrze utrzymane ciałka czerwone krwi, leżące wolno w tkance. W części górnej, otaczającej to ognisko, wszystkie naczynia są rozszerzone i napełnione krwią. Podobne zupełnie ognisko wybroczynowe znajduje się na szczycie miazgi zębowej. W obrębie obu tych ognisk jądra dostrzegalnych gdzieniegdzie komórek miazgi, jakoteż jądra śródbłonków naczyń, wcale się nie barwią, co znamionuje martwinę (nekrozę). Badanie skrawków na drobnoustroje nigdzie ich nie wykazuje.

6) Ząb trzonowy drugi dolny strony prawej. Otoczenie zęba zmienione, dziąsła rozpulchnione, nastrzykane, za naciskiem wydobywa się ropa, ponad zębem okostna wyraźnie zgrubiała. Osłonka korzeniowa silnie nastrzykana, okolica plomby dokładnie obejrzana nie przedstawia żadnej zmiany. Czopek porcelanowy silnie sie trzyma. Po rozłamaniu zęba miazgi brak. W kanale korzeni, zamiast miazgi, znajdujemy ciecz brudną, gęstą, ropno-posokowatą, silnie cuchnącą, a wśród niej rozróżnić się jeszcze dadzą strzępki tkanki.

7) Ząb trzonowy drugi górny strony prawej. Otoczenie normalne, *pericementium* nieznacznie nastrzykane, wydobyta miazga zębowa w części koronowej jest naciekła, ciemno-wiśniowa, część korzeniowa wygląda prawidłowo. Pod drobnowidem znajdujemy bardzo wyraźnie odgraniczone pole, nie przechodzące na wskroś, wypełnione głównie ciałkami czerwonemi krwi. W części leżącej ponad tem polem, t. j. w części odpowiadającej koronie, tkanka miazgi jest zamożniejsza w komórki łączno-tkankowe, a oprócz tego znajdujemy dość liczne leukocyty i gdzieniegdzie wybroczyny. Badanie skrawków w kierunku drobnoustrojów daje wynik ujemny.

Doświadczenie II.

Pies mały, czarny, rasy mięszanej; po zachloroformowaniu, nadwiercono dyamentem szkliwo górnego kła strony lewej, a następnie rozszerzono otworek zwykłym świderkiem stalowym kształtu przewróconego stożka. Jamkę wywierconą pogłębiono tak daleko, że pulpa przeświecała różowo, przykryta jeszcze cieniutką blaszką dentyny. Brzegi otworu dokładnie obrównano tak, aby czopek porcelanowy szczelnie przylegał. Na dno otworu wprowadzono formagen gęstości miodu, czyniąc z niego przykrywę ponad miazgę. Resztę jamki wypełniono rzadkim cementem Caovarda i w nim osadzono czopek porcelanowy, zamykający cały otwór.

Kieł dolny strony lewej, zoperowano w podobny sposób, z tą różnicą, że na przykrywę, ponad cienką warstwę dentyny, użyto jodoformagenu.

Kły strony prawej, tak górny, jak dolny, również nadwiercono tak, że miazga przeświecała; w obu kłach otwory wymyto 40% formaliną, zostawiono na dnie małe kawałeczki waty, nią napojone, poczem na płynnym cemencie osadzono czopki porcelanowe. Przez 5 dni po operacyi pies miał się zupełnie dobrze; chcąc użyć go do dalszych doświadczeń, uśpiono go ponownie chloroformem po ukończeniu piątego dnia. Zaledwie jednak nawiercono pierwszy ząb, pies przestał oddychać i zginął mimo długotrwałego sztucznego oddychania, wskutek czego trzeba było zaniechać dalszych zabiegów. Wszystkie cztery kły, po odpiłowaniu szczęki górnej w jej przedniej części i wyłuszczeniu szczęki dolnej, badano gołem okiem i pod drobnowidem.

1) Kieł górny strony lewej. Otoczenie zęba prawidłowe, plomba dobrze utrzymana, *pericementium* prawidłowe. Miazga zębowa w części koronowej silniej nastrzykana, część korzeniowa blado-różowa. Pod drobnowidem: część korzeniowa nie przedstawia zmian. W części koronowej ograniczone ognisko, w którem są świeże wybroczyny, a naczynia silnie rozszerzone. W sąsiedztwie tego ogniska, wśród tkanki, wiotki naciek, złożony z leukocytów; przedstawia się to tak, jak obraz początku zapalenia.

2) Kieł dolny strony lewej. Otoczenie zęba prawidłowe, plomba zupełnie dobrze utrzymana. Osłonka korzeniowa nieco nastrzykana. Obraz drobnowidowy, podobny do poprzedniego, tylko zmiany na większej przestrzeni i wybitniejsze. Wybroczyna, odpowiadająca polu operacyjnemu, stosunkowo większa; naciek zapalny zbitszy.

3) Kieł górny strony prawej. Otoczenie i plomba jak wyżej. *Pericementium*, szczególniej przy szczycie korzenia, nieco nastrzykana. Przy bliższem badaniu pokazuje się, że ścianka dentyny pozostawiona ponad miazgą, jest nadłamana i że wacik z formaliną 40% leży wprost na miazdze zębowej. Pod drobnowidem, część korzeniowa nie przedstawia żadnych zmian. Tkanka łączna komórkowa, liczne naczynia krwionośne, tętnice i żyły prawidłowe. Dopiero od połowy miazgi zaczyna się ognisko zapalne, w postaci gęstego nacieku ciałkami białemi, wielojądrzastemi, które zasłaniają prawie zupełnie budowę miazgi. Wśród tego ogniska naczynia są rozszerzone, zapchane białemi i czerwonemi ciałkami krwi, a gdzieniegdzie trafiają się dość znaczne wybroczyny.

4) Kieł dolny strony prawej. Otoczenie zęba prawidłowe; osłonka zębowa lekko nastrzykana. Pod drobnowidem część korzeniowa przedstawia się prawidłowo. W części koronowej już gołem okiem widać ciemno-wiśniowe zabarwienie, które zajmuje mniej więcej $^1/_4$ długości całej miazgi. Pod drobnowidem, widzimy zmiany w postaci ogniska wybroczynowego, dość rozległego, w którego środku ciałka czerwone krwi są zmienione, a na obwodzie prawidłowe i dobrze się barwiące. Podobny obraz spotkaliśmy już w jednym z poprzednich zębów. Ponieważ w następnych dwóch doświadczeniach, obydwa psy przy rozpoczęciu operacyi zginęły, trzeciego psa już nie usypiałem chloroformem, lecz przywiązawszy go gwałtem do stołu, odpreparowałem żyłę odgoleniową (*vena saphena*) i wstrzyknąłem wprost do niej rozczyn morfiny. Pies bezpośrednio po tem zasnął i do samego końca doświadczenia, które trwało przeszło pół godziny, zachowywał się zupełnie spokojnie.

Doświadczenie IV.

Powyższe doświadczenia z formagenem, jodoformagenem i 40% formaliną, wyjaśniły: 1) działanie tych 3 środków, wprost stykających się z miazgą zębową prawidłową, niezakażoną, 2) na miazgę zębową zakażoną, 3) na miazgę zębową, ponad którą zostawała cieniutka warstwa zębiny (dentyny). W doświadczeniach tych przeprowadzano badania miazgi operowanych zębów po czterech, po pięciu i po czternastu dniach. Chcąc zaokrąglić niniejsze badania, ostatniego psa utrzymywałem przy życiu przez $2^1/_2$ miesiąca, t. j. 75 dni, a to w tym celu, aby wyrobić sobie zdanie o dalszem działaniu tych środków, przez dłuższy czas z miazgą zęba pozostających w styczności. Postępowanie było zupełnie podobne do postępowania w doświadczeniu pierwszem, drugiem i trzeciem.

W kle dolnym lewym po nawierceniu aż do miazgi i zatamowaniu powstałego przez zranienie krwotoku, przykryto miazgę formagenem, resztę jamki wypełniono cementem i zaczopowano porcelaną.

W kle dolnym prawym oraz lewym górnym postąpiono jak wyżej z tą różnicą, że użyto za przykrywkę jodoformagenu.

W kle górnym prawym wymyto wywierconą jamke 40% formaliną, zostawiono wacik na jej dnie, poczem przykryto cementem, na którym osadzono czopek porcelanowy. Pies pozostawiony przez $2^1/_2$ miesiące przy życiu, miał się zupełnie dobrze. Przy oglądaniu po tym okresie czasu zauważono, że kieł dolny, lewy, zmienił barwę; dziąsła w jego okolicy rozpulchnione, za uciskiem wydobywa się ropa. Inne zęby miały otoczenie prawidłowe, a plomby wszystkich czterech zupełnie dobrze utrzymane i szczelnie przylegały.

Wynik badania anatomicznego był następujący:

1) Kieł dolny lewy: Po otwarciu a raczej rozłupaniu zęba przedstawia się zawartość kanału zębowego, jako ropno-posokowata, cuchnąca ciecz; osłonka przy szczycie korzenia silnie nastrzykana. Ponieważ plomba była zupełnie dobrze utrzymana, a miazga zębowa nie była poprzednio zakażana, przypuścić należy, że musiały się tutaj dostać podczas operacyi drobnoustroje ropotwórcze, których formagen nie zniszczył.

2) Kieł dolny prawy. Otoczenie *pericementium* jako też wejrzenie miazgi zębowej prawidłowe. Pod drobnowidem naczynia silnie rozszerzone, w niektórych skrzepy szkliste. W sąsiedztwie tych naczyń, liczne komórki okrągławe, z protoplazmą zapchaną brunatnym ziarnistym barwikiem; miazga zębowa zamożniejsza w komórki łączno-tkankowe, ułożone gęsto koło siebie. W niektórych miejscach, wśród tkanki, nieliczne, niezbyt wielkie wybroczyny i to tylko na niektórych preparatach. Nacieków z leukocytów nigdzie nie widać.

3) Kieł górny lewy. Wejrzenie normalne; w miejscu, gdzie znajdowało się pole operacyjne, naczynia gdzieniegdzie miernie rozszerzone. Widać dalej nieliczne drobne wybroczyny i komórki, obładowane barwikiem brunatnym.

4) Kieł górny prawy. Obraz bardzo podobny do poprzedniego.

Rozpatrując wyniki powyższych doświadczeń, muszę naprzód zwrócić uwagę na łatwo zrozumiałą okoliczność, że działanie wszystkich trzech przetworów, t. j. formaliny, formagenu i jodoformagenu, jest prawie jednakowe co do jakości, lecz różne co do rozległości i natężenia wywołanych zmian. Wszystkie te trzy środki, wywołują początkowo sprawę zapalną bez udziału drobnoustrojów. Jak wiadomo, takie sprawy zapalne, niezakaźne, mogą powstać pod działaniem bodźców termicznych, chemicznych lub mechanicznych i przebiegać aż do końca zupełnie jałowo w znaczeniu bakteryologicznem t. j. bez współudziału drobnoustrojów. Przypuszczenie, że w doświadczeniach naszych użyte środki w podobny zadziałały sposób, opiera się na stwierdzeniu nacieków zapalnych w naszych preparatach i na ujemnym wyniku badania skrawków na drobnoustroje nawet w tych przypadkach, gdzieśmy miazgę zębową przed zastosowaniem środka sztucznie zakazili. Rzecz to zupełnie naturalna, gdyż formalina i zawierające ją przetwory: jodoformagen i formagen, mają działanie przeciwgnilne, a zarazem podrażniają, w odpowiednich zaś warunkach zabijają i ustalają tkankę. Formagen, jak wynika z doświadczeń, nie posiada prawdopodobnie zbyt silnych własności przeciwgnilnych, gdyż, jak to w protokóle doświadczeń zaznaczono, w obecności jego miazga zębowa raz umyślnie zakażona, drugi raz zaś nawet nie zakażona umyślnie zmieniła się w ropno-posokowatą ciecz. Niektórzy autorowie, jak sam wynalazca Abraham i Beno Sachse[10] popierają formagen. Sachse podaje, że używał go z dobrym zawsze wynikiem. Sam jednak powiada na początku swej pracy, że do leczenia wybierał zęby, w których albo miazga zębowa wcale jeszcze nie była odkryta, albo tylko przypadkiem ekskawatorem naruszona. Doświadczenia, a raczej spostrzeżenia kliniczne Sachsa nie zupełnie są jasne, gdyż on naprzód wymywał jamki w zębach zgęszczonym kwasem karbolowym, a potem dopiero przykrywał formagenem. Kto wie jednak, czy w tych przypadkach wogóle było potrzebne jakiekolwiek postępowanie przeciwgnilne, skoro przypuścić można, że miazga zębów jeszcze nie była zakażona, a dalej, czy w tych przypadkach odkażająco nie działał dostatecznie sam karbol, tak, że formagen mógł być zupełnie zbytecznym. Jak już wspomniałem starał się Bauchwitz udowodnić zdanie Abrahama o formagenie, doświadczeniami na cielętach. Działanie tego środka jest według niego „nadzwyczajne, zadziwiające, niepojęte“. W poważnej swej pracy ułatwia mi bardzo Julius Witzel[11]) omówienie zapatrywań Bauchvitza i zgodziłbym się ze zdaniem Witzla, że „Bauchvitz musiał mieć chyba cudowny mikroskop, skoro widział martwą tkankę powracającą do życia“. Tak przy formagenie jak jodoformagenie i formalinie nie można mówić o martwinie (nekrozie) całego narządu t. j. o ustaleniu całej miazgi zębowej. Zmiany, jakie spostrzegamy na preparatach, są zmianami częściowemi, dotyczącemi co najwyżej trzeciej części całej miazgi. Natychmiast po zetknięciu się z formaliną lub zawierającemi ją przetworami, powstaje ograniczone, mniej lub więcej rozległe ognisko zapalne, z większą lub mniejszą wybroczyną, z większą lub mniejszą ilością leukocytów, dostających się do tkanki z rozszerzeniem się naczyń, których światło zapchane jest ciałkami czerwonemi krwi. Zapalenie to przebiega bez udziału drobnoustrojów, a w dalszym ciągu pewna część tkanki zapalonej obumiera.

Jakie są dalsze losy całej tej sprawy, na to odpowiedź znajdujemy w wynikach doświadczenia IV, po którem zwierzę żyło przez $2^1/_2$ miesiąca.

W preparatach uzyskanych po upływie tego czasu, widzimy tylko pozostałości zmian pierwotnych, w postaci małych wybroczyn, rozszerzenia naczyń, w których widać skrzepy szkliste, a co najważniejsza zmiany w samem utkaniu miazgi, która jest zamożniejsza w łączno-tkankowe komórki, gęsto obok siebie ułożone. W tych preparatach spotyka się wreszcie w sąsiedztwie naczyń krwionośnych liczne komórki okrągławe, z protoplazmą zapchaną brunatnawym, ziarnistym barwikiem, zresztą zaś miazga zębowa zbliża się do obrazu prawidłowego. Całość obrazów drobnowidowych we wszystkich naszych doświadczeniach świadczy, że formalina i jej pokrewne przetwory, nie zabijają miazgi i nie usta-

[10]) Meine Erfahrungen mit Formagen Dr. von Beno Sachse. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde XXI. J. 8 Heft 1898.

[11]) Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde XVI. J. 12 Heft December 1898 über die Wirkung der Formols und der Schwefelsäure auf die Pulpa u. Wurzelhaut der Zähne.

lają jej w całości, tylko w części. Po niejakim czasie następuje wessanie nacieku zapalnego i obumarłej tkanki. Jest to sprawa podobna do tej, jaką wywołać można przez zniszczenie miazgi zębowej na drodze termicznej. (Dok. nast.)

III. Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod kierownictwem Dra Maksymiliana Rutkowskiego.

Gruźlica stawów i kości pod względem bakteryologicznym, anatomo-patologicznym i klinicznym na podstawie przypadków, operowanych w klinice chirurgicznej krakowskiej w roku szkolnym 1898/9.

Podał

Dr. Stanisław Droba.

(Wykład, wygłoszony na IX Zjeździe chirurgów polskich, odbytym dnia 18 i 19 lipca 1899 r. w Krakowie.)

(Ciąg dalszy).

Do drugiej gromady należą przypadki czyste, nie powikłane przetokami. Z gromady tej jednakowoż wyłączyć muszę chorego Mildnera *(Omarthritis tbc.)* i to tak ze względów bakteryologicznych, jakoteż histologicznych. W krótkości przedstawia się przypadek ten w sposób następujący: Bóle w stawie barkowym prawym w 17 roku życia. Chory pracował, kuł młotem, — był bowiem z zawodu kowalem. Na 7 tygodni przed przybyciem na klinikę dostaje chory po znacznym wysiłku dreszczy, gorączki i bardzo znacznych bólów w stawie barkowym. Po kilku dniach staw bardzo znacznie brzęknie, a skóra nad nim czerwienieje. Stan ten trwa trzy tygodnie. Potem zaczerwienienie się ogranicza do jednego miejsca, położonego po zewnętrznej stronie stawu. Obrzęk jednakże nie maleje, przeciwnie, powiększa się i twardnieje. Badanie wykazało ogromny obrzęk barku, ruchy zniesione, chrupotanie w stawie. Po zewnętrznej stronie stawu jama, wykazująca chełbotanie, skóra w tem miejscu zaczerwieniona. Przy ucisku znaczna bolesność.

Wogóle przypadek robił wrażenie mięsaka kości barkowej *(osteosarcoma)*. Płyn z jamy aseptycznie wydobyty strzykawką próbną był surowiczo-mętny. Drobnowid wykazał w nim ciałka ropne w znacznej liczbie, obok tego drobnoustroje. Zasiano pożywki, na których po 12 godzinach wyrosły obficie hodowle, jak to dalsze badanie wykazało, g r o n k o w c a b i a ł e g o, posiadającego małą jadowitość (królik). Płyn wstrzyknięto śwince; ta nie padła, żyje do dnia dzisiejszego i ma się dobrze. Od czasu wstrzyknięcia skończyło się 22 lipca 8 miesięcy. Szczepienia cząstek kostki, w której przypuszczano zmiany gruźlicze, zabiły świnkę morską po 8 tygodniach na gruźlicę płuc, wątroby i śledziony. Prątki w gruzełkach padłych świnek znaleziono.

W tym przypadku wykonano resekcyę stawu barkowego. Po otwarciu stawu znaleziono następujące stosunki: Główka kości barkowej (bardzo zniszczona), tożsamo i powierzchnia stawowa łopatki. Zniszczenie polega na głęboko wciskających się nadżerkach. W jamie stawowej mnóstwo powygryzanych, nierównych kostek, wielkości małego i dużego orzecha. Zresekowano resztki główki. Powierzchnię stawową łopatki wyskrobano. Nieznacznie zgrubiałą torbę usunięto w całości. Ocenienie, zkąd wyszła sprawa gruźlicza, czy z torby, czy z kości, było niemożliwe.

Obraz histologiczny przedstawiał typ, podobny do gromady poprzedniej. Naciek drobno okrągło-komórkowy występuje na plan pierwszy. Typowe gruzełki bardzo nieliczne tak, że trzeba je w preparatach z kości z mozołem wyszukiwać. Przywarstwianie dość rozwinięte. Beleczki kostne mimoto zredukowane do cieniuchnych blaszek, z wielu pozostały zaledwo maleńkie szczątki. Dziedziczności brak, płuca bez zmian, w plwocinie prątków nie znaleziono. Świnka szczepiona plwociną nie padła. Z u p e ł n e w y l e c z e n i e. Chory przedstawiał się przed $1^1/_2$ miesiącem, — stan ogólny znakomity, miejscowy również. Rana zupełnie zagojona, żadnej przetoki. Pacyent włada ręką do tego stopnia, że może kuć małym młotkiem.

Przypadek to ciekawy i jedyny wśród naszych spostrzeżeń ze względu na zakażenie mięszane, jakie istniało w tym przypadku.

Zakażenie polegało na obecności gronkowca białego *(Staphylococcus albus)*, który się dostał do poprzednio gruźliczo zmienionego stawu najprawdopodobniej w tym czasie, kiedy chory dostał po raz pierwszy dreszczy i gorączki, oraz nagłego i wielkiego pogorszenia w stawie barkowym. Gronkowcom też, a nie prątkowi gruźliczemu, należy przypisać te dalsze a wielkie zmiany, jakie znaleziono w kościach. Za tem zdaje się przemawiać ta okoliczność, że ciecz, wzięta z opisanej poprzednio jamy, szczepiona śwince, nie wywołała u niej zmian gruźliczych. Cząstki zmienionych kostek, szczepione świnkom, zabiły je w przeciągu 8miu miesięcy. Jamę, wypełnioną cieczą surowiczo-mętną, uważać przecież należało za ropień zimny, którego treść powinnaby była zabić świnkę w czasie od 4—6 tygodni, jak to we wszystkich innych przypadkach rzeczywiście następowało.

Reszta przypadków tej gromady rozpada się na dwa działy. 1) Przypadki, przebiegające z wytwarzaniem się ropni zimnych i znacznych wysięków do stawów, słowem, postacie wilgotne, jak je nazywają Niemcy, i 2) formy typowo przewlekłe, suche.

W pierwszym dziale mamy 1) dwa przypadki gruźlicy stawu biodrowego, 2) jeden przypadek gruźlicy stawu łokciowego, 3) jeden przypadek gruźlicy nasady kości łokciowej, mianowicie końca obwodowego, 4) jeden gruźlicy mostka i 5) jeden gruźlicy stawu skokowego.

Badanie bakteryologiczne tego działu przypadków polegało na szczepieniu na pożywkach, *a)* mazi, branej ze stawów, *b)* cieczy, branej z ropni zimnych, *c)* tkanek zmienionych. Tu podnoszę, że w żadnym przypadku na pożywkach nic nie wyrosło, to znaczy, że tak ciecz ropiasta z ropni zimnych, jak maź stawowa, jakoteż tkanki były z a w s z e j a ł o w e, (wyłączając z pojęcia jałowości prątek gruźliczy).

Obok tego szczepiono tkanki zmienione, maź stawową i treść ropni zimnych świnkom morskim, wypróbowanym tuberkuliną. We wszystkich przypadkach świnki padły. Najwcześniej padały przy szczepieniu t r e ś c i ą r o p n i, bo po 4 tygodniach, po szczepieniu tkanką po 6—8 tygodniach, po szczepieniu mazią stawową po 10—12 tygodniach. We wszystkich przypadkach okazywały padłe świnki rozległe zmiany gruźlicze i to zawsze największe w postaci rozsianych gruzełków. W każdym przypadku badano gruzełki znalezione u świnek, na prątki i zawsze je znachodzono; łatwo w gruzełkach, oddzielnie występujących, trudniej w naciekach rozleglejszych i częściowo się rozpadających.

Zmiany anatomiczne, makroskopowe:

1) Antoni Bochenek (*coxitis*). Ognisko pierwotne w kości i to w kości miednicowej z przodu i tuż przy panewce; ognisko wielkości dużego orzecha włoskiego, przebiło do panewki przez wytworzoną kloakę średnicy $^1/_3$ ctm. Błona maziowa nastrzykana, przyćmiona, szaro zabarwiona. Torba stawowa obrzękła. Około krętarza wielkiego, mianowicie poza nim, ropień zimny wielkości orzecha włoskiego. Chrząstki w górnej części panewki i chrząstki na główce kości udowej w miejscu, które się bezpośrednio stykało ze ścianą panewki, brak. (Zanik uciskowy). Panewka cała znacznie rozszerzona w wymiarze podłużnym.

2) Obraz anatomiczny w drugim przypadku gruźlicy stawu biodrowego nieznany, bo przypadek ten leczono zachowawczo. Przypadek ten odznaczał się rozległymi ropniami zimnymi.

3) Sadzik (*talocruritis tbc.*). Ognisko pierwotne w kości i to kości goleniowej (*tibia*); po stronie zewnętrznej około kostki ognisko o średnicy 3—4 ctm., od niego prowadzi kloaka o średnicy $^1/_2$—1 ctm. do stawu skokowego. Środka ogniska brak, obumarłe masy wypadły z niego do stawu skokowego. Torba stawowa obrzękła, a błona maziowa silnie nastrzykana, szaro zabarwiona. Chrząstek na powierzchni stawowej kości goleniowej i skokowej w miejscach ucisku brak. Kość skokowa miękka, daje się nożem łatwo krajać.

4) Korpanta (*olenitis tbc.*). Nad wyrostkiem łokciowym ropień zimny. Ognisko w wyrostku łokciowym skąd przebiło się do stawu. Torba obrzękła. Cała błona maziowa pokryta widocznymi gołem okiem gruzełkami, robi wrażenie ściany świeżego ropnia zimnego. W jamie stawowej, która łączy się z ropniem, znajdującym się nad wyrostkiem łokciowym, znaczna ilość cieczy ropiastej. Chrząstki stawowe kości ramieniowej, łokciowej i sprychowej schodzą łatwo.

5) X-y (*Tbc. epiphyseos ulnae* końca obwodowego). Ognisko w kości łokciowej; ztąd przebiło się do przestrzeni międzykostnej (*spatium interosseum*) wytwarzając tu ropień. Staw nie zmieniony.

6) Woźniczka (*tbc. corporis sterni*). Nad mostkiem ropień zimny, który po otwarciu okazuje obok cieczy surowiczej mnóstwo obumarłej tkaniny strzępów. Ognisko kostne wielkości czworaka przebija kość na wylot.

Obraz drobnowidowy ognisk kostnych i kości, bezpośrednio z ogniskami sąsiadujących, przedstawia w przypadkach 1, 3, 4 i 5 w środku masy obumarłe. Dalej występuje warstwa, w której wśród rozlanego nacieku drobnokomórkowego widać gęsto rozsiane typowe gruzełki. Beleczek kostnych tu zupełnie brak. Warstwa druga przedstawia cienkie i liche beleczki kostne, a wśród nich bardzo obfite typowe gruzełki. Naciek drobnokomórkowy schodzi na plan drugi wobec gruzełków. W warstwie trzeciej widać wśród beleczek kostnych, wyglądających prawidłowo, rozrzucone gruzełki bez nacieku. W gruzełkach występują wśród komórek przybłonkowatych komórki drobne, okrągłe. W warstwie drugiej i trzeciej widać sprawy apozycyjne (przywarstwianie).

Inaczej przedstawiają się obrazy drobnowidowe w preparatach z torby stawowej. Tu różnica odnosi się głównie do samych gruzełków. Rozrzucone są one wśród nacieku drobno-okrągło-komórkowego, a same gruzełki składają się wyłącznie z komórek przybłonkowatych.

Jeżelibyśmy stanęli na stanowisku teoryi Baumgartena w sprawie powstawania gruzełków, tobyśmy musieli wierzyć, że zmiany gruźlicze w torbie w czterech wymienionych przypadkach są zupełnie świeże, znajdujemy tu bowiem gruzełki w pierwszym okresie rozwoju.

Przebieg kliniczny zdaje się potwierdzać to przypuszczenie. W przypadkach tych toczyła się sprawa przewlekła; chory Bochenek mógł chodzić niezawsze, ale bardzo często, bez kul, czasem przy pomocy kul; Sadzik przy chodzeniu uczuwał najpierw mały, później większy ból; Korpanta ręką początkowo ruszała, a X-y czuł tylko głuchy ból przy ucisku na koniec obwodowy kości łokciowej. We wszystkich przypadkach znaczne pogorszenie wystąpiło nagle, a u Sadzika, Bochenka i Korpanty wśród dreszczy. Stawy obrzękły znacznie, skóra nad nimi była zaczerwieniona. Prawdopodobnie wtedy miało miejsce przebicie się ogniska do stawu i zakażenie gruźlicze stawów, które przedtem chromały jedynie wskutek obocznego stanu zapalnego. U chorego Sadzika występuje wyłącznie i najwyraźniej ten typ gruzełków, bo też u niego operacyi dokonano w 10 dni po tem nagłem zaostrzeniu się sprawy chorobowej. Najmniej wyraźny obraz spotykamy u chorego Bochenka, bo też u niego najpóźniej operowano po wystąpieniu wybitnie ostrych objawów miejscowych. Tu spotykamy obok powyżej opisanych gruzełków także gruzełki z komórkami okrągłemi.

Wogóle przypadki te cechują się początkowo przebiegiem przewlekłym. Nieznaczne pogorszenia występują wprawdzie co jakiś czas, ale ustępują szybko. Wybitnie ostry obraz wystąpił we wszystkich powyższych przypadkach nagle i już nie ustąpił. To nagłe zaostrzenie odnieść trzeba najprawdopodobniej do przebicia się ogniska do stawu. Wejrzenie gruzełków w preparatach z torby stawowej zdaje się za tem przemawiać.

W przypadku pierwszym dziedziczność istniała, zmian w płucach nie było, prątków w plwocinie nie znaleziono. Wykonano resekcyę stawu sposobem Langenbecka, połączoną z oddłutowaniem panewki wraz z ogniskiem gruźliczem. Wynik operacyi pomyślny.

W przypadku drugim: Dziedziczność udowodniona, zmiany w płucach, prątki w plwocinie znaleziono. Leczenie zachowawcze, wynik bardzo lichy.

W przypadku trzecim: Dziedziczność udowodniona-zmiany w płucach, prątki w plwocinie. Resekcya stawu sposobem Hütera. Wynik dobry.

W przypadku czwartym: dziedziczności i zmiany w płucach brak, w plwocinie prątków nie znaleziono. Typowa resekcya stawu. Wynik znakomity.

W przypadku piątym: dziedziczności i zmian w płucach brak, w plwocinie prątków nie znaleziono. Nacięcie, odsłonięcie ogniska, wyskrobanie tegoż i otoczenia. Wynik znakomity.

W przypadku szóstym: dziedziczność udowodniona. Zmiany gruźlicze w płucach i gruczołach chłonnych szyi. Świnka, szczepiona plwociną, padła na gruźlicę. Nacięcie i wyskrobanie. Po miesiącu nawrót. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Aleksander Rosner: **W sprawie etyologii złośliwego nowotworu nabłonków kosmkowych** (*t. zw. deciduoma malignum*) (Wydawnictwo Akademii Umiejętności).

Monografia prof. Dr. Rosnera stanowi pierwszy w piśmiennictwie polskiem opis tego rzadkiego nowotworu. Zanim autor przystąpił do opisania swego przypadku i zanim podał wyniki swych dociekań i badań drobnowidowych, skreślił we wstępie, stanowiącym pierwszy dział pracy, w chronologicznym porządku zapatrywania autorów, którzy podobne przypadki mieli sposobność badać. Zestawiając w krótkości wyniki pracy Marchanda, zastanawia się autor nad tem, jakie przyznać pochodzenie obu warstwom, osłaniającym prawidłowo kosmki. W swych dedukcyach przychyla się on do zdania tych autorów, którzy tak warstwę komórek Lang-

hama jak i warstwę syncytyalną uważają za warstwy nabłonkowe, a więc pochodzenia płodowego; autor zastrzega się, że nie przytacza na poparcie tego swego zapatrywania dostatecznych dowodów, ale wprost tylko to przypuszczenie zdaje mu się być logicznem. Przypuszcza autor, że nabłonek błony śluzowej macicy, może przy ciąży zmienić się na masę bezpostaciową, ale trudno pojąć, skądby się przeszczepiał na inne podłoże, to jest na tkanki płodu. „Syncytium" jak wiadomo, ma bardzo znaczną zdolność rozrodczą, co również przemawia za jego pochodzeniem płodowem. W dalszym ciągu odpiera autor zarzut, jakoby dziwnem było, że nabłonek jednej warstwy tak jest różny od nabłonka drugiej, znajduje on to zupełnie naturalnem, a jako analogiczny przykład przedstawia zachowanie się naskórka. Również zwraca autor uwagę, że ścisłej granicy między jedną, a drugą warstwą niema, a często napotkać można, jak komórki warstwy Langhama, wtłaczają się niejako między „syncytium". Wytwarzanie się t. zw. *deciduoma*, które nie jest niczem innem jak patologicznem bujaniem tych obu warstw nabłonka, określa autor jako rodzaj przeszczepienia tkanki fizyologicznej dziecka na ustrój matki i przemianę nowotworową tej właśnie tkanki.

W drugim rozdziale swej pracy podaje autor protokóły historyi choroby trzech chorych: pierwszy odnosi się do przypadku deciduoma zupełnie typowego, drugi do przypadku zaśniadu krwawego, okazujący zmiany odpowiadające opisanemu przez Breussa *haematoma tuberosum subchoriale deciduae* trzeci zaś do przypadku zaśniadu groniastego. Dwa ostatnie przypadki przywodzi dlatego autor w tej pracy, by wykazać, jak każda z warstw nabłonka kosmkowego zachowuje się przy różnych warunkach zwyrodnienia kosmka.

W przypadku drugim badanie skrawków pouczyło autora, że przy zaniku kosmka tkanka łączna ulega powolnemu zanikowi, natomiast warstwa Langhausa, nim zacznie ulegać przemianie wstecznej, najpierw buja nadmiernie. Poszukiwanie za „syncytium" w tym przypadku wykazało, że ten rodzaj komórek znajdował się tylko tam, gdzie kosmek nie dotykał wprost skrzepu.

Przypadek trzeci, jako zaśniad groniasty, dawał obraz drobnowidowy nadmiernego znowu bujania „syncytium" przy niezbyt znacznej ilości komórek warstwy Langhausa. Obraz ten jest niezmiernie podobny do obrazu, jaki daje t. zw. „deciduoma malignum" i nie ma, zdaniem autora, cech decydujących, któreby zezwoliły z obrazu drobnowidowego przechylić rozpoznanie w tę lub ową stronę.

W rozdziale trzecim dochodzi autor z rozważania wyników badania trzech wspomnianych przypadków do następujących wniosków: 1) w nowotworze złośliwym bujają stale obie postacie nabłonka kosmkowego; 2) w zaśniadzie groniastym buja przedewszystkiem „syncytium"; 3) w zatrzymanych po śmierci płodu jajach buja przedewszystkiem warstwa Langhausa.

W rozdziale czwartym odpowiada autor na pytanie, dlaczego właśnie ten nabłonek buja? Rozumuje on tak: skoro przy śmierci płodu ustaje utkanie łożyskowe, to nabłonek jest nadmiernie żywiony krwią matki i nic mu tego pokarmu nie odbierze, dlatego też buja. Jeżeli przybłonek będzie otoczony płynem, to buja „syncytium", jeżeli zaś otoczą go skrzepy, to buja warstwa Langhausa. Od bujania komórek do wytwarzania przerzutów nie daleko; ale gdzie tkwi przeszkoda, która nie dozwala, by przy każdem bujaniu nabłonka powstał zaraz nowotwór złośliwy? Autor przypuszcza, że tym wałem ochronnym jest doczesna; skoro ona wraz z przerwaniem ciąży zaniknie, to braknie tej ochrony, a zwykła świeża tkanka łączna może nie jest zdolną do stawienia oporu patologicznie rozrastającym się nabłonkom. *St. D.*

V. Wyciągi.

Keller. **O wpływie soli amonowych, wprowadzonych do ustroju, na wydzielanie mocznika.** *(Jahrb. d. Kinderheilkunde* XLVII Nr. 2; 3 XIV. 6). W powyższej pracy chodzi autorowi o wykazanie, czy zwiększone wydzielanie się amoniaku moczem u osesków w cierpieniach przewodu pokarmowego należy odnieść do upośledzonej przemiany amoniaku na mocznik, spowodowanej nieprawidłową czynnością wątroby, jaka częstokroć w tych przypadkach u osesków ma miejsce. W tym celu wprowadzał autor oseskom zapomocą zgłębnika żołądkowego rozcieńczony roztwór węglanu amonowego do żołądka, a w moczu oznaczał ilości wydzielanego amoniaku, jako też i sumy azotu, przyczem przekonał się, iż w jednym przypadku ilość amoniaku była prawidłowa, w dwóch zaś innych zwiekszoną tylko nieznacznie. Skoro jednak waga ciała tych dzieci spadała, widział się autor spowodowanym odnieść to zwiększenie się ilości wydzielonego amoniaku do kwasów powstałych przez rozpad ciał białkowatych. W następnych doświadczeniach oznaczał autor obok amoniaku i sumy azotu w moczu także ilość mocznika wydzielanego. Dzieciom, które użył do doświadczenia, podawał równe ilości pokarmu, w porcyach jednak minimalnych, aby zmniejszyć ilość wydzielanego N. W tym celu podawał dzieciom rozcieńczoną polewkę słodowo-mleczną. Doświadczenia te wykazały, iż w okresie podawania węglanu amonowego wydzielanie się sumy azotu jak i mocznika było znacznie zwiększone, z czego wnosić należało, iż amoniak został w jelitach wessany i zamieniony na mocznik. Że zaś zwiększona ilość wydzielanego mocznika nie pochodziła od rozpadu białka, za tem przemawiało zachowanie się wagi ciała dzieci, jak również i ta okoliczność, iż wydzielanie się kwasu fosforowego w okresie podawania soli amonowych nie było zwiększonem. Autor dochodzi w końcu do wniosku, że zdolność ustroju w kierunku przemiany soli amonowych na mocznik u dzieci ze schorzałym przewodem pokarmowym pozostaje utrzymaną, coby również zgadzało sie z zapatrywaniem, iż zwiększone wydzielanie się amoniaku w moczu stoi w zwiazku z podniesioną ilością wytworzonych i wydzielanych kwaśnych wytworów przemiany materyi. *Dr J. L.*

W. P. Herringham: **Doświadczenia nad toksycznością moczu.** *(Pathological Society of London. Wiener med. Presse* 1899, Nr. 32). Mocznicę tłómaczymy sobie zatrzymaniem we krwi pewnych substancyj toksycznych; o przyrodzie jednak tej trucizny w moczu pewnych wiadomości nie posiadamy. Tłómaczono sobie mocznicę zatrzymaniem we krwi węglanu amonowego, względnie kwasu karbaminowego; tłómaczenia tego jednak nie udowodniono. W nowszych czasach wykonane przez kilku autorów doświadczenia wykazały, iż toksyczność moczu odnieść należy do zawartości soli potasowych. Bouchard zaprzeczył temu tłómaczeniu sprawy, lecz przyjął 7 hipotetycznych trucizn w moczu i twierdził iż mocz w nocy wśród snu oddany mniej działa trująco od moczu oddanego wśród dnia. Autor stwierdził na podstawie własnych doświadczeń, iż toksyczność moczu stoi w prostym stosunku do ilości zawartych w nim soli potasowych.

Dr. J. L.

Dechamps. **O wysypkach, poprzedzających wysypkę odrową.** *(Societé d. ped.* Czerwiec, 1899). D. zauważył dość często, 4—5 dni przed pojawieniem się osutki odrowej, występowanie wysypki różnopostaciowej, raz podobnej do odry lub płonicy, to znów do pokrzywki lub prosówki *(miliaria)*. Wysypki te mają jednę wspólną właściwość, t. j. że łatwo bledną i giną pod wpływem zimna, n. p. gdy dziecko leży odkryte. W czasie pojawiania się tych wysypek ciepłota ciała jest prawidłowa, niema też żadnych innych objawów zwiastunowych odry. Najczęściej przydarzają się te wysypki u dzieci źle odżywionych, skłonnych do chorób skórnych, oraz u limfatycznych z obrzękami gruczołów chłonicznych.

R.

Dr. N. Bardescu. **Nowy sposób operacyjnego leczenia wrzodów podudzia.** *(Ctrbl. für Chir.* Nr. 28, 1899). Autor, wychodząc z zapatrywania, że w powstawaniu wrzodów podudzia występują jako czynnik przyczynowy nietylko żylaki i inne ogólnie znane wpływy, lecz także uwzględnić potrzeba znaczenie nerwów odżywczych (troficznych), podwiązuje w odpowiednich przypadkach nietylko żyłę podskórną odgoleniową *(v. saphena major),* jak to zalecał Trendelenburg, lecz odsłania także i naciąga n. strzałkowy *(n. peroneus),* względnie inny nerw, zaopatrujący zajętą okolicę.

Herman.

S. Jellnich i Fr. Schiffer. **O kilku porównawczych badaniach ciężaru gatunkowego pozostałości stałej i zawartości żelaza we krwi.** *(Wien. klin. Wochenschrift* 1899, Nr. 31). Już Hammerschlag, po ogłoszeniu swojej metody benzolo-chloroformowej do oznaczenia ciężaru gatunkowego krwi, doszedł na podstawie badań swych do wniosku, że między ciężarem gatunkowym krwi a jej zawartością hemoglobiny zachodzi pewna zależność i stosunek i na tej podstawie zestawił tablicę, służącą do obliczenia ilości hemoglobiny z ciężaru gatunkowego krwi. Stintzing i Gumprecht wykazali, że między zawartością wody a substancyą suchą krwi z jednej strony, a zawartością Hgb. nie istnieje stosunek bezwzględny. Autorowie postanowili zbadać, jaki stosunek zachodzi między ciężarem gatunkowym krwi, pozostałości stałej i zawartości żelaza. Do oznaczenia c. g. użyli metody Hammerschlaga, pozostałość stałą oznaczyli według Grawitza, a ilość żelaza kalorimetrycznie z popiołu według Jollesa. Z doświadczeń ich wynika, iż we krwi zdrowych osobników znajduje się między cięż. gat., pozostałością stałą i zawartością żelaza pewien stały stosunek; u osobników jednak z krwią patologicznie zmienioną znajduje się pewna zależność tylko między ciężar. gatunk. a pozostałością stałą, nie znajdujemy zaś bezwzględnego stosunku między wartościami rzeczonemi a zawartością żelaza. *Dr. J. L.*

Th. Paucer: **Przyczynek do poznania cieczy mózgowo-rdzeniowej.** *(Wien. klin. Wochenschrift.* 1899, Nr. 31). W nowszych czasach zajmował się Nawratzki badaniem cieczy mózgowo-rdzeniowej cieląt, koni i osób umysłowo chorych, a wyniki tych badań były wprost sprzeczne z wynikami badań Halliburtona. Halliburton określił substancyę redukującą, którą znalazł w cieczy mózgowo-rdzeniowej, jak resorcynę, podczas gdy Nawratzki znalazł cukier gronowy. Halliburton znalazł dalej w cieczy rzeczonej globuliny i albumozy, gdy Nawratzki albumozów wykazać nie zdołał. Cavazzani w końcu wykazał w cieczy mózgowo-rdzeniowej psów zaczyn, zamieniający skrobię w cukier. Te okoliczności spowodowały autora do powtórzenia rozbioru. Materyał, który poddał badaniu, pochodził z dwóch donoszonych płodów, dotkniętych wodogłowiem, otrzymany przez nakłócie podczas porodu. Wynik badania był następujący: pominąwszy sole nieorganiczne, wykazał w pierwszym przypadku obecność białka (4·85 gm.), globuliny, cholesterynę, tłuszcz i mydła; zaś nieobecność albumozów, peptonów, zaczynów w ogólności i mocznika. W drugim zaś przypadku obecność glukozy, niedającej się dla braku substancyi bliżej określić. Ciecz mózgowo-rdzeniowa z pierwszego przypadku posiadała barwę bursztynową, była słabo mętnawa, a po dłuższym staniu wydzielała się z niej szczupła ilość osadu, składającego się z kłaczkowatych strątów kilku ciałek krwi czerwonych i białych i tabliczek cholesteryny. W obec zawartości białka (4.85 gr.) zachodziłoby pytanie, czy obecność jego nie jest pochodzenia zapalnego, którą to sprawę pozostawia autor klinicystom do rozstrzygnięcia. *Dr. J. L.*

Dr. Otto Schnaudigel. **Przypadek wielokrotnych krwotoków narządu wzrokowego w szczególności do pochewki nerwu wzrokowego.** *(v. Graefe's Arch. f. Ophthalm.* XLVII, 3). Magnus zebrał w swoim czasie przypadki, gdzie najczęściej wskutek udaru mózgowego lub urazu nastąpił krwotok do pochewki nerwu wzrokowego lub do samego nerwu i podał cechy charakterystyczne w obrazie wziernikowym dla takiego krwotoku, a mianowicie zamglenie siatkówki dookoła tarczy nerwu wzrokowego i plamki żółtej, czerwona plamka w plamce żółtej i nieco cieńsze tętnice.

Obecnie Schnaudigel, przejrzawszy dokładnie piśmiennictwo wszystkich dotąd podanych przypadków takich krwotoków, twierdzi, że są one niedokładnie opisane, gdyż albo dopiero po śmierci przypadkowo odkryto krwotok w pochewce, albo też rozpoznanie stawiano jedynie tylko na podstawie zmian wziernikowych, podanych przez Magnusa, nie stwierdziwszy krwotoku sekcyjnie. Otóż na tej podstawie, jakoteż na podstawie przypadku przez siebie spostrzeganego, a którego przebieg kliniczny, obraz wziernikowy, badanie drobnowidowe bardzo szczegółowo opisuje, przychodzi autor do wniosku, że krwotoki do pochewki nerwu wzrokowego albo nie sprawiają żadnych zmian wziernikowych, albo dawać mogą co najwyżej obraz lekkiej *papillitis,* jeżeli oczywiście nerw wzrokowy nie został bezpośrednio urazem dotknięty.

Dr. J. Kreutz.

Dr. Ach. **O chorobie morskiej.** *Wien. klin. Wochens.* 1899, Nr. 29). Dotychczas, pomimo licznych prac, nie jest dokładnie poznana choroba morska. Główną tego przyczynę powoduje brak wiadomości ścisłych o wahaniach okrętu. Autor, lekarz okrętowy Lloydu północno-niemieckiego, czynił w tym względzie spostrzeżenia z pomocą aneroidu, którego użył pierwszy do badań nad wahaniami okrętu „Neumayer“.

Co do teoryi choroby morskiej oświadcza się za zdaniem, że jest to choroba czynnościowa, a nie organiczna. Za tem przemawiają względy, że: 1) nawet najsilniejsza choroba morska przebiega bez innych zaburzeń w ogólnym stanie; 2) niemowlęta wcale nie ulegają chorobie morskiej; 3) starcy są bardzo mało do niej skłonni; 4) w głębokim śnie nie pojawia się choroba morska; 5) w razie nagłego niebezpieczeństwa, grożącego człowiekowi, ustaje i t. d.

Teoryę czynnościową choroby morskiej streszcza autor w tych słowach, że objawy choroby morskiej powstają tylko wtedy, kiedy zmiany w położeniu okrętu wchodzą w sferę świadomości. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Dr. Pagenstecher. **Rana lewej komórki serca wyleczona przez założenie szwu** *(Deutsche med. Wochschr.* 1899 Nr. 32). Autor operował 17 let. chłopca w 16 godzin po obrażeniu. Chodziło o ranę kłótą w IV przestworze międzyżebrowym na wewnątrz i nieco ku dołowi od brodawki sutkowej. Wskazaniem do operacyi było ciągłe przybywanie krwi w lewej jamie opłucnowej i nie poprawiające się tętno. Ranę w opłucnej i w osierdziu uprzystępnił sobie P. przez wypiłowanie 6 ctm. długiego kawałka z chrząstki V żebra; po rozszerzeniu rany na worku osierdziowym spostrzegł on na ścianie bocznej lewej komory, około 3 ctm. ponad wierzchołkiem serca, ranę ciętą, nie ziejącą, $3^1/_2$ ctm. długą, przebiegającą od tyłu i góry ku przodowi i dołowi. We worku osierdziowym krwi nie było. Zakładanie szów nie przedstawiało zbytnich trudności; — najtrudniejszem było założenie szwu na górnym i (tylnym) końcu rany. P. szył nićmi celuloidowemi, końców nie obcinał, lecz przez ranę w klatce piersiowej wyprowadził je na zewnątrz. Następnie rozszerzył ranę w jamie opłucnowej, wydalił z niej dużą ilość skrzepów i nie mogąc odszukać miejsca krwawiącego, cały worek opłucnowy wytamponował gazą. Przebieg pooperacyjny był idealny. Szwy ze serca wydalił przez pociąganie końców na zewnątrz wyprowadzonych. — Z tego faktu, że po odsłonięciu rany sercowej widział P. sączący z niej jednostajnie mały strumień krwi, wnosi autor, że rana przenikała przez całą grubość ściany komory (?). — Widocznie niedogodności podczas operacyi napotkane, skłoniły autora, że zaczął oglądać się za metodą, któraby najlepiej odsłaniała serce. Żaden ze znanych mu sposobów nie zdawał się celowi odpowiadać i w końcu wynalazł metodę, zupełnie analogiczną do metody już dawniej zaleconej przez Rydygiera *(Przeg. lek.* Nr. 47, 1898 r.), jak to sam w przypisku dodanym podczas korekty przyznaje. *Herman.*

Gev. F. Keiper. **Leczenie chorób przewodu łzowego zapomocą kataforezy.** *(The ophthalmic Record.* Maj 1899, Nr. 5). Kataforeza jest to sposób wprowadzenia leków w żyjące tkanki ustroju zapomocą stałego prądu elektrycznego. Gdy biegun dodatni włożymy do gęstszego środka, a ujemny do środka o mniejszej gęstości, oba środki przedzielimy błoną organiczną i zamkniemy prąd, wtedy środek gęstszy przechodzić będzie przez błonę do środka o mniejszej gęstości, wprost odwrotnie do praw osmozy. Umieszczając przy biegunie dodatnim różne leki, jak kokainę, aconit, chloroform i t. p. można je wprowadzać w ten sposób w tkanki ustroju.

W zastósowaniu do przewodu łzowego potrzebne są zgłębniki (sondy) z kilkoma dołkami na powierzchni; w te dołki wkłada się lek (kamień piekielny, protargol z wazeliną). Zgłębnik wprowadza się w zwykły sposób do przewodu i łączy się jego wystający koniec z dodatnim biegunem bateryi. Ujemny biegun trzyma chory w dłoni. Trzy do pięciu miliamperów przez pięć minut wystarcza, aby lek wprowadzić w tkanki przewodu. Pod wpływem tego sposobu leczenia prędzej ustępuje ropne zapalenie przewodu i worka łzowego, aniżeli pod wpływem któregokolwiek ze starych sposobów.

Dr. J. Kreutz.

Prof. Dr. A. Bier. **Fizyologiczne wytłomaczenie zmian występujących w naczyniach podczas i po sztucznej bezkrwistości** *Esmarcha* (*Deutsche med. Wochschr.* 1899 Nr. 31). Przekrwienie czynne, które występuje po zdjęciu opaski Esmarcha, tłomaczono powszechnie porażeniem nerwów naczynioruchowych. Tłomaczenie takie jest zupełnie fałszywem. Tego dowodzą liczne doświadczenia. B. wypreparował tętnicę i żyłę, ramieniową u człowieka, któremu miano wyłuszczyć ramię w stawie barkowym. Po pod naczyniami założył opaskę Esmarchem, zacisnął ją mocno. Zatem krążenie było zupełnie swobodne, — uciśnięte natomiast były nerwy. Po zdjęciu opaski przekrwienia nie było. Na tej samej zaś kończynie wystąpiło zwyczajne przekrwienie, gdy uciśnięte były także i naczynia. Przekrwienie w obwodowych częściach kończyny występuje także po zniesieniu przemijającego ale zupełnego ucisku wywartego palcami, wyłącznie na tętnicę udową u ludzi chudych. Podobne doświadczenia przeprowadzał autor na świniach. Na kończynach tylnych przecinał wszystkie mięśnie, nerwy i t. d. z wyjątkiem tętnicy i żyły udowej. Po chwilowem zaciśnięciu tak odsłoniętej tętnicy występowało znane przekrwienie w częściach obwodowych. Dokładnie to samo zjawisko można było spostrzegać po przecięciu tętnicy udowej i przywróceniu jej ciągłości zapomocą rurki szklanej. Ba, nawet po przecięciu rdzenia w części lędźwiowej i nerwów współczulnych, przez pewien czas trwający ucisk na tętnicę brzuszną pociągał za sobą w następstwie przekrwienie czynne w obu tylnych kończynach. Z tych doświadczeń wnosi autor, że przekrwienie czynne, występujące po zdjęciu opaski Esmarcha, nietylko nie polega na porażeniu nerwów naczynioruchowych, lecz wogóle z nerwami nie ma nic wspólnego. Występuje ono dzięki automatycznej własności naczyń obwodowych zmniejszania oporów dla krążenia, w razie istniejącej powyżej przeszkody. Zmniejszenie oporów następuje skutkiem rozszerzenia się rozgałęzień obwodowych tętnic, a głównie naczyń włosowatych. Rozszerzenie zaś to nie jest bynajmniej równoznacznem z porażeniem, gdyż przez czas kiedy opaska Esmarcha leży, tętnice i naczynia włosowate czynnie wypychają zawartą w nich krew do żył.

Herman.

Schlesinger: **O sztucznem żywieniu osesków.** (*Therap. Montshefte* 1899, marzec). Powszechnem jest zapatrywanie, że sernik mleka krowiego jest trudno strawny. Przekonanie to, od dawna utrzymujące się w pedyatryi, naprowadziło na myśl rozcieńczania mleka krowiego, aby w ten sposób pozbawić go nadmiaru sernika, uczynić podobnem do mleka kobiecego i łatwiej strawnem. Zapatrywań głęboko zakorzenionych nie zdołały obalić prace nad przemianą materyi u osesków (Uffelman, Camerer, Magnus), któremi wykazano, że przewód pokarmowy oseska wyzyskuje 90—97% wprowadzonego sernika krowiego. Dotąd tylko Heubner wyraża odmienne zdanie. Nowszemi, z całą ścisłością przeprowadzonemi badaniami, udowodniono niewątpliwy pewnik, że organizm doskonale wyzyskuje białko mleka krowiego, że pod tym względem nie zachodzi żadna różnica między mlekiem krowiem a kobiecem. Zdaniem S. niemożna na podstawie tych badań mówić o niestrawności sernika mleka krowiego. Prawda, że sernik mleka kobiecego jest łatwiej strawny (jest on prawie najstrawniejszy ze wszystkich rodzajów białek roślinnych i zwierzęcych), nie wynika ztąd jednak, aby sernik mleka krowiego był niestrawnym. Jeżeli zgodzimy się na to zapatrywanie, to musimy uważać za nieodpowiednie wszelkie rozcieńczanie mleka krowiego, dokonywane właśnie dla odsetkowego zmniejszenia tej rzekomo niestrawnej kazeiny; przez rozcieńczenia mleka bowiem zmieniany na niekorzyść stosunek zawartości ważnych dla ustroju oseska składników, jak sole, tłuszcze, żelazo i cukier. Schlesinger radzi więc zaprzestać rozcieńczania mleka krowiego, gdyż przez to osłabiamy znacznie jego wartość spożywczą, a używać do karmienia osesków mleka czystego, bez żadnych domieszek, zwracać jednak bardzo wielką uwagę na przepisy dyetyczne, tak co do częstości jak ilości spożywanego mleka. Ten sposób żywienia osesków jest zdaniem S. najodpowiedniejszy, najprostszy i najtańszy. *Doc. Raczyński.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Salicylan metylowy stósował P. Caziot z dobrym skutkiem w zapaleniu przyjądrza rzeżączkowem w sposób następujący: Moszna skrapia 20 kroplami salicylanu metylowego, obwija je płatkiem tkaniny nieprzemakalnej, warstwą waty i układa na tekturce wywatowanej i opatrzonej tasiemkami, służącemi do lekkiego umocowania moszen wraz z członkiem. Chory naturalnie leży w łóżku. Początkowe lekkie pieczenie, spowodowane salicylanem metylowym, ustępuje w krótkim czasie; ciepłota miejscowa obniża się o 1° i więcej, a chory doznaje znacznej ulgi. Skrapianie i opatrywanie moszen w sposób podany należy stósować 3 razy dziennie. Po 4—6 dniach leczenia objawy zapalenia ustępują. Zdaniem Caziota sposób ten leczenia jest skuteczny, nieszkodliwy i szybko prowadzi do pożądanego wyniku. *J. L.*

Aspirinum, nowy przetwór salicylowy, wypróbował Witthauser *(Heilkunde,* 1899, Nr. 7) na 50 chorych i doszedł do następujących wniosków: aspiryna nie drażni błony śluzowej żołądka, a to z tej przyczyny, iż się w kwaśnym soku żołądkowym nie rozkłada jeszcze, a rozkład ten następuje dopiero w alkalicznym soku jelit; działanie leku tego okazało się skutecznem we wszystkich tych chorobach, w których podajemy kwas salicylowy lub salicylan sodowy, a w szczególności w gośćcu stawowym i mięśniowym, suchem zapaleniu opłucnej, dnie; wprowadzenie tego przetworu do ustroju nie sprawia następstw ubocznych jako to: szumu w uszach, dolegliwości żołądkowych lub sercowych: łaknienie chorych, którym podawano aspirynę, nie zmniejszało się nawet po długotrwałym podawaniu. Witthauser zaleca wobec tego ten lek i zaznacza, że pod względem działania przewyższa on o wiele kwas salicylowy i jego sole, jako też inne przetwory, jak laktofenina, fenacetyna, salol i t. p.

Aspiryna w znaczeniu chemicznem jest kwasem octowo-salicylowym wzoru

$$C_6H_4 < \genfrac{}{}{0pt}{}{CO.OH}{O.CO.CH_3}$$

Przedstawia igiełki krystaliczne białe, które się przy 135° topią, w wodzie dość trudno się rozpuszczają (1%). W rozczynnikach organicznych rozpuszcza się łatwo. W styczności z rozczynami alkaliów rozpada się aspiryna w krótkim czasie na swoje części składowe.

Aspirynę podają w dawce 1 grm. trzy do czterech razy dziennie, zmieszaną z cukrem. *J. L.*

Frickenhaus zaleca w niezbyt rozległych wypryskach głowy i twarzy *(seborrhoea)* 25% wyskok rezorcynowy, którym pomazuje miejsca zajęte, a następnie zaleca choremu robić tak samo przez 3 dni, co wieczór 10% rozcz. Na noc poleca smarowanie lanoliną. Po 8 dniach leczenie skończone, zmiany bowiem przypłaszczają się i łuszczą. Podobnie postępować można w łupieżu pstrym. *(Mon. f. pr. Derm.* T. 28. 11). *F. K.*

Prof. Jaquet omawia (*Corr. Bl. f. Schw. Aerz.* 1899) wszystkie dotąd znane przetwory gruczołu tarczykowego, przenosząc nad inne przetwór wytworzony przez strącenie taniną wyciągu grucz. tarczykowego, ajodynę, gdyż przetwór ten ma być silniejszym i działać lepiej od najwięcej dotąd zachwalanej jodotyryny. Lanz otrzymał bardzo dobre wyniki, podając aiodynę w wolach i u dziewczynki bez grucz. tarcz., upośledzonej w rozwoju, która po używaniu tego leku wzrosła w 7 mies. o 7·5 cm. Autor zauważył w 3 przypadkach przerostu gr. tarcz. po podawaniu 1—2 gr. aiodyny dziennie już po kilkunastu dniach znaczne zmniejszenie się tego narządu. *F. K.*

Linossier i Lannois wprowadzają nowy przetwór salicylu *Methylium salicyl.*, używany tylko zewnętrznie, przez co nie wywołuje zaburzeń żołądkowych, ani nerwowych. Stosowanie jest bardzo proste: na część ciała, zmienioną chorobowo, rozściela się, po dokładnem jej obmyciu, papier gutaperkowy, puszcza się z flaszeczki jedną po drugiej kroplę tego przetworu (50—150 kropel) i opasuje papierem ściśle to miejsce, poczem okłada się watą i owija dokładnie opaską, najlepiej flanelową, aby utrudnić przystęp powietrza. Używają tego środka również w ostrej rzeżączce w postaci wstrzykiwań roztworu. Rp. *Met. salic.* 1,0, *Bism. salic.* 10,0, *Vasel. liquid.* 100,0. S. przed użyciem wstrząsnąć, wstrzykiwać 3 razy dnia. (*Pharm. Post.*). *F. K.*

W mieszkaniu, gdzie przebywa suchotnik, radzą używać mięszaniny: *Formalin.* 60,0, *Kreosot.* 15,0, *Ol. therebin.* 37,5, *Menthol.* 1,0, z której 20—30 kropli paruje się na ciepłej metalowej płycie. (*Pharm. Centrhal.*). *F. K.*

VII. XVII. Zjazd internistów niemieckich w Karolowych Warach od 11—14 kwietnia 1899 r.

Podał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski.

(Ciąg dalszy).

7) Schmidt (z Bonn). *Dalsze wiadomości o badaniu czynności przewodu pokarmowego.*

Na podstawie doświadczeń nad kiśnieniem (fermentacyą) w jelitach doszedł Schmidt do wniosku, że pewne zaburzenia w czynności jelit, mianowicie nazwane przez Strasburgera zaburzenia nieżytowe i czynnościowe cechują się podwyższonem kiśnieniem (fermentacyą) stolców. Zaburzenia te należą do lekkich, ponieważ jak pokazały nowsze badania, w ciężkich schorzeniach jelit występuje obniżenie kiśnienia, albo nawet brak jego zupełny. Są to zwłaszcza te zaburzenia, w których upośledzone jest znacznie wysysanie tłuszczów i białka. Mówca starał się wynaleźć metodę prostą, którąby posłużyła do ocenienia trawienia białka. W rozległych schorzeniach jelit trawienie białka znajduje się w odwrotnym stosunku do ciężkości choroby.

Szukając w kale drobnowidowych resztek mięsa, doszedł do przekonania, że resztki te składają się przeważnie z tkanki łącznej. Złożyć je należy na karb niedomogi żołądka, a nie zaburzeń w trawieniu jelitowem lub trzustkowem.

Przeciwnie, wydalanie większej ilości mikroskopowych resztek włókien mięsnych przemawia za zaburzeniem w czynności jelit. Dotąd jednak niema sposobu aby oznaczyć stopień tego zaburzenia, ponieważ nie wiadomo, gdzie się znajduje granica pomiędzy prawidłowem a chorobowem wydalaniem pozostałości z włókien mięsnych w stolcach.

Mówca posługiwał się własnym sposobem, aby oznaczyć ilość resztek białka niestrawionego, a wydalonych z kałem; mianowicie poddawał resztki te trawieniu sztucznemu zapomocą soku żołądkowego.

Posiłek próbny był ściśle oznaczony, a po strawieniu jego oddany kał rozmięszywało się, część jego oczyszczano przez centryfugowanie od miazgi rozpadowej, a z pomocą rozcieńczonego kwasu solnego i eteru — od soli i tłuszczu. Osad pozostały składał się z resztek błonnika (celulozy), a w większej części z niestrawionego białka.

W ten sposób zbadał mowca 50 rozmaitych stolców i doszedł do przekonania, że tylko wtedy była różnica na niekorzyść w ilości niestrawionego białka pomiędzy stolcem prawidłowym a chorobowym, jeżeli zaburzenie dotykało większą przestrzeń jelit. Kiedy zaś podpadał chorobie tylko żołądek lub mała przestrzeń jelit, różnicy większej nie można było znaleść.

W zapaleniu jelit pogorszenie trawienia białka było tem większe, im choroba przebiegała ciężej, ale niezależnie od stopnia samej biegunki. Na tych zasadach można rozróżnić pomiędzy rozlanemi zajęciami jelit cienkich przypadki lżejsze i cięższe. W lekkich kiśnienie stolców jest podwyższone, a trawienie białka tylko nieznacznie zmniejszone: w ciężkich wprost przeciwnie, kiśnienie zniesione, a trawienie białka bardzo upośledzone.

8) Gans (z Karolowych Warów). *O wpływie wytworów bakteryj na gnicie w jelitach.*

1) Czyste hodowle prątka okrężnicowego (*bact. coli*), 2—4 dniowe zwiększają kwas eterosiarkowy, przyczem indykanu nie można wykazać. 2) Czyste hodowle *proteus vulgaris* 4—7 dniowe podnoszą wydalanie indykanu, kwas eterosiarkowy raz był w większej ilości, innym razem w prawidłowej. 3) Czyste hodowle prątka kwasu mlekowego 2—4 dniowe częściowo podwyższają ilość kwasu eterosiarkowego, a częściowo nie. Indykan nie wydzielał się. 4) 10 grm. drożdży w zawiesinie z wodą (200 ctm.) wywołało wydzielanie się indykanu bez wyraźnego wpływu na kwas eterosiarkowy. 5) Równoczesne podawanie prątka okrężnicowego i prątka kwasu mlekowego podwyższa wybitnie ilość kwasu eterosiarkowego bez wpływu na ilość indykanu.

9) Lenbuscher (z Meiningen). *O wydzielaniu tłuszczu przez ciało.*

Mowca badał u znacznej liczby osobników wydzielanie tłuszczu przez skórę. Chodziło mu o następujące zagadnienia: 1) Ile tłuszczu wydziela skóra zdrowego człowieka? różnice u pewnych osobników i w różnych okolicach ciała. 2) Jak bywa w chorobie? 3) Wpływ leków, ruchu, chorób na wydzielanie tłuszczu.

Wydzielanie tłuszczu bywa rozmaite u różnych osobników. Również wiek ma tu znaczenie. Zwłaszcza w okresie pokwitania wydziela się więcej tłuszczu przez skórę, w starości dużo mniej.

Płeć jest bez wpływu, ale barwa włosów coś znaczy, a wogóle bruneci więcej wydzielają tłuszczu niż blondyni. U ludzi zupełnie zdrowych znalazł L. niekiedy podwójną, a nawet poczwórną ilość tłuszczu wydzielonego przez skórę. Ludzie tacy bywają chudzi i mimo dobrego odżywiania się, nie tyją. Przeciwnie, często ludzie otyli wydzielają niewiele tłuszczu. Zdaje się więc, że istnieje pewien związek pomiędzy wydzielaniem tłuszczu przez skórę, a odkładaniem się jego w ciele. Mniejwięcej wydziela ciało przez tydzień około 100 grm. tłuszczu. Ilość ta może dojść u ludzi, którzy odznaczają się nadmiernem wydzielaniem tłuszczu, ponad 300 grm. Najwięcej tłuszczu wydziela się na twarzy (przez czoło, nos, brodę).

Wysiłki cielesne nie wpływają na zwiększenie wydzielania tłuszczu mimo pocenia się znacznego. Tak samo bez wpływu są leki (pilokarpina, atropina, tyreoidyna). Za to wywiera wpływ rodzaj pożywienia. Pożywienie tłuste zwiększa ilość tłuszczu wydzielanego skórą. Niektórzy ludzie dostają wyrzutów na skórze po tłustych potrawach. Znany jest związek trądzika (acne) z większem wydzielaniem tłuszczu. W chorobach gorączkowych przewlekłych (dur brzuszny) zmniejsza się wydzielanie tłuszczu, tak samo maleje i to coraz bardziej, w gruźlicy i w raku. Zwłaszcza w raku skóra jest tak sucha, że niema wcale tłuszczu.

10) F. Blumm (z Frankfurtu nad Menem). *Przyczynki do fizyologii gruczołu tarczykowego.* Gruczoł tarczykowy nie posiada żadnej wydzieliny fizyologicznej, lecz wiąże pewne trucizny, powstające stale w ciele ludzkiem. W gruczole tarczykowym odbywa się sprawa osłabiania toksalbuminów zapomocą działania jodu. Wolne toksalbuminy wywołują w ustroju kurcze padaczkowe, charłactwo lub zaburzenia psychiczne. Podawanie gruczołu tarczykowego należy ograniczyć tylko do obrzęku śluzakowego (myxoedema), w wolu należy zamiast tego użyć nieszkodliwego przetworu jodu (n. p. jodalbacid), w otyłości metod dyetetycznych.

11) Lennhoff (z Berlina) zdaje sprawę z badań podjętych razem z Wolfem Becherem nad związkiem pomiędzy kształtem ciała, a położeniem nerek. Do badań użyli Samoanek, aby wykluczyć wpływ sznurówek. — Wnioski, do których doszli są następujące: 1) W warunkach fizyologicznych każda nerka przesuwa się przy oddechaniu, jak to już podał do wiadomości Litten na zjeździe w r. 1887. 2) Jeżeli nerka jest wymacalna, to jeszcze nie dowodzi rozluźnienia lub przemieszczenia tego narządu. 3) Wymacalność nerki w stosunkach fizyologicznych zależy od kształtu ciała. 4) Osoby, u których dadzą się wymacać nerki, posiadają inny kształt ciała, niejako inny typ ciała, aniżeli osoby z nerkami niemacalnemi. 5) Do oznaczenia tych typów posłużyć może wskaźnik (index), obliczony z pomiarów ciała:

$$= \frac{d.(j-p)}{(c.d)} \times 100$$

w którym d.(j—p) oznacza *distantia jugulo — pubica,* zaś c. d. oznacza najmniejszy obwód brzucha *circumferentia abdominis.* 6) Osobniki z wysokim wskaźnikiem mają wogóle nerki macalne, a z nizkim

niemacalne. 7) Różnica w typach ciała okazuje się również w okolicy lędźwiowej, t. j. w tak zw. przykręgowych wnękach *paravertebrale Nischen*, Wołkow i Delicyn). 8) Wskaźnik przeciętny wykazuje wahan a stosownie do różnych krajów.

Wykład ten popierał Lennhoff rysunkami typów ciała Samoanek, starożytnych rzeźb z niskim wskaźnikiem i nowożytnych rzeźb z wysokim wskaźnikiem. U dziewcząt, należących do typu z wskaźnikiem wysokim, rzeczywiście mógł wymacać prawą nerkę.

(Dokończenie nastąpi).

VIII. Listy z Paryża

napisał

Dr. Stanisław Kaczyński.

III.

Jak wszędzie, tak i we Francyi, lekarz styka się, wykonując praktykę, z całym szeregiem innych zawodów, jakoto: aptekarzy, położnych, felczerów, dozorców i dozorczyń chorych i t. d. Kształcenie się do tych zawodów odbywa się w innych cokolwiek warunkach, niż u nas, ustawodawstwo inne im zakreśla obowiązki i prawa, dlatego pragnę im słów parę poświęcić.

Oprócz lekarzy praktyką lekarską zajmują się tu jeszcze t. zw. *officiers de santé*. Dla otrzymania tego stopnia odbyć należy studya zupełnie takie same, jak lekarskie i należy się poddać podobnym egzaminom; różnica zaś zasadnicza polega na tem, że do wstąpienia na uniwersytet nie potrzeba przedkładać świadectwa z ukończenia całej szkoły średniej, równorzędnego z naszem świadectwem dojrzałości, a następnie nie przedkłada się rozprawy doktoryzacyjnej. *Officier de santé* w wykonywaniu praktyki lekarskiej jest o tyle ograniczony, że nie wolno mu podejmować poważniejszych zabiegów operacyjnych. Lekarze z dyplomami obcych uniwersytetów, otrzymywali dość często od ministerstwa oświaty pozwolenie wykonywania praktyki lekarskiej, jednakże z tytułem i prawami tylko *officier de santé*. Ustawa z r. 1893, zmieniająca urządzenia studyów lekarskich, zniosła zupełnie ten stopień i obecnie kończą studya i składają egzamina tylko ci kandydaci, którzy przed rokiem 1893 rozpoczęli naukę.

Do niedawna, chcąc się zajmować dentystyką, czy to jej stroną techniczną, czy operacyjną nie trzeba było we Francyi przedkładać żadnego dyplomu, żadnego świadectwa. Dentystyka, uważana za wolne rzemiosło, cieszyła się jego prawami i posługiwała jego środkami, to jest w pierwszym rzędzie reklamą. Po dziś dzień widzimy nieledwie przy każdej ulicy Paryża olbrzymie szyldy z łokciowemi literami ogłaszające „dentystów amerykańsktch“ i t. p., wystawy ze sztucznemi szczękami i illustracyami innych zabiegów dentystycznych. W ostatnich czasach ustawa uporządkowała te stosunki i obecnie chcąc się zajmować dentystyką należy albo ukończyć jedną z odpowiednich szkół (w Paryżu są trzy) albo po dwu latach praktyki u dyplomowanego dentysty, dwa lata studyować na wydziale lekarskim odpowiednie przedmioty i złożyć odpowiednie egzamina, lub wreszcie przedłożyć dyplom doktora medycyny.

W zawodzie aptekarskim istnieją dwa stopnie, mianowicie t. zw. aptekarzy pierwszej i drugiej klasy. Kto się ubiega o dyplom aptekarza pierwszej klasy musi przedłożyć świadectwo rownorzędne z naszem świadectwem dojrzałości *(diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique)* świadectwo 3-letniej praktyki aptekarskiej następnie 3 lata słuchać wykładów w jednej z wyższych szkół *„Ecole supérieure de pharmacie“* i wreszcie złożyć odnośne egzamina. Dla otrzymania dyplomu aptekarza drugiej klasy, należy przedłożyć świadectwo z ukończenia niższej szkoły średniej, świadectwo 6-cioletniej praktyki aptekarskiej, następnie rok uczęszczać na wykłady do jednej ze szkół niższych *„Ecole preparatoire de pharmacie“* i złożyć tamże odpowiednie egzamina. Wymagania te w pewnych razach ulegają zmianie, mianowicie po 4-letniej praktyce aptekarskiej i dwu latach studyów w szkole wyższej można składać egzamina i otrzymać również dyplom aptekarza drugiej klasy.

Aptekarze I klasy mają prawo otworzyć aptekę w każdej miejscowości państwa, aptekarze II klasy tylko w departamencie, leżącym w obwodzie szkoły, w której egzamin składali. Do otwarcia apteki (liczba ich nie jest ograniczona) nie potrzeba osobnego pozwolenia. To też w samym Paryżu jest ich przeszło 650. Mają one jednak wszędzie zapewnione istnienie, gdyż publiczność przywykła w najdrobniejszem cierpieniu szukać ulgi w lekarstwie, a wzywając lekarza za złe mu bierze, jeżeli on recepty nie zapisze. Apteka przedstawia „dobry interes“ także dlatego, że we Francyi nie ma stałej taksy, ale każdy aptekarz za swe lekarstwo może żądać, wynagrodzenia ile mu się podoba. To lekarstwo, które w jednej aptece kosztuje franka, może w innej być oszacowane na 5 franków i więcej. Publiczność chcąc się bronić przed wyzyskiem zwykła naprzód dowiadywać się o cenie lekarstwa, a gdy ta wydaje się wygórowaną, można receptę wycofać i wyraźnie zaznaczyć, że się idzie do innej apteki. Odpowiedź, z jaką się w takim razie spotyka, brzmi najczęściej: „Jeśli Pan gdzieindziej taniej to lekarstwo dostanie, to z pewnością nie będzie ono miało składników równie dobrych i pewnych“. Brak stałej ceny lekarstw daje się w wysokim stopniu uczuwać publiczności, skarżą się na to lekarze, i aptekarze pragną zmiany, nie mniej złe trwa i zostawia szerokie pole do wyzysku ludziom złej woli.

W Paryżu odbywa się przynajmniej raz na rok rewizya wszystkich aptek; w skład Komisyi wchodzi dwu profesorów wydziału lekarskiego, dwu profesorów szkoły aptekarskiej i komisarz policyi. Nowe środki lecznicze mogą być w aptekach dopiero wówczas sprzedawane, gdy zostały uznane za pożyteczne przez akademię lekarską. Lekarz przypisując truciznę, jako lekarstwo, jest obowiązany całą receptę słowami napisać, nawet data nie może być oznaczona cyframi, a aptekarz taką receptę wciąga do osobnej księgi która jest obowiązany, przechowywać 20 lat i na żądanie władz każdej chwili przedstawić.

Położnych *(sages-femmes)* we Francyi jest stosunkowo mało a to przedewszystkiem dlatego, że każdy, komu na to środki pozwalają, woli w danym razie mieć zapewnioną pomoc lekarską. Znaczna ilość położnych w Paryżu posiada t. zw. *„Maison d'accouchements“*. Pod tą poważnie brzmiącą nazwą rozumie się najczęściej kilka pokoików, zaopatrzonych w najniezbędniejsze ledwo sprzęty, pozostawiających pod względem higieny bardzo wiele do życzenia a sąsiadujących z prywatnem mieszkaniem położnej, tytułującej się wówczas dyrektorką zakładu w którym najczęściej pielęgnuje położnice, wydalone o ile możności jak najwcześniej po porodzie ze szpitali, z powodu ich przepełnienia. Systematyczne kursa dla położnych odbywają się w największym szpitalu każdego departamentu i trwają dwa lata, poczem następuje egzamin na wydziale lekarskim lub w szkole lekarskiej przygotowawczej. Wydziały wydają dyplomy I i II klasy, szkoły tylko dyplomy II klasy. Wymagania egzaminacyjne są różne, odpowiednio do rodzaju dyplomu. Kandydatki (wiek wymagany lat 18 do 35) przed wstąpieniem do szkoły składają egzamin wstępny z czytania, pisania rachunków i geografii Francyi. Położne I klasy osiedlić się mogą w dowolnej miejscowości całego państwa, położne zaś II klasy tylko w departamencie, w którym szkołę skończyły.

W Paryżu istnieją dwie szkoły dla położnych mianowicie: Szkoła w „klinice położniczej Tarniera, w której uczennice przebywają jeden rok, obowiązane słuchać odpowiednich wykładów i dopełnić 45 dyżurów nocnych i tyluż dziennych, a egzamin składają na wydziale lekarskim, i Szkoła w *Hôpital de la Maternité*, nie zależna od wydziału lekarskiego, kształcąca rok rocznie około 100 uczennic, które wszystkie muszą mieszkać w szpitalu i podlegają rygorowi niemal klasztornemu. Nauka tu stoi wyżej, niż we wszystkich innych szkołach, a składa się z następujących przedmiotów:

położnictwo teoretyczne i praktyczne, szczepienie ospy, pielęgnowanie dzieci, opatrywanie ran, zasady farmakologii, botanika i zoologia. Po roku, względnie dwu, zależnie od uzdolnienia, składają uczennice egzamin i otrzymują dyplom, równy dyplomowi położnej I klasy.

Nie tak dawno, bo mniej więcej przed 20 laty, mięsienie, jako zabieg leczniczy, nie cieszyło się uznaniem, ani w kołach lekarskich, ani u szerszej publiczności, uważane było poniekąd za szarlateneryą i pozostawało w rękach „specyalistów" zupełnie zawodowo nie wykształconych. Obecnie rzecz się ma inaczej. Dziś istnieją tu osobne szkoły mięsienia dla lekarzy, a cały ich szereg tak jak wszędzie gdzieindziej, zajmuje się wyłącznie mięsieniem, stosując je w rozlicznych cierpieniach nerwowych, ginekologicznych i innych. Prócz tego jednak, jak dawniej, tak i teraz obierają sobie i nie lekarze mięsienie jako sposób zarobkowania, i to tak mężczyźni, jak kobiety, przyjmują u siebie w domu lub odwiedzają chorych w ich mieszkaniach, a obok tego w każdej prawie łaźni publicznej znaleźć można przynajmniej jednego mężczyznę i jedną kobietę (w zawodzie wyćwiczonych?) cieszących się dość liczną klientelą. Osoby, zajmujące się mięsieniem, zajmują się równocześnie zazwyczaj i stawianiem baniek, które stanowią ulubiony środek leczniczy u publiczności francuskiej i używane są gdzie trzeba i gdzie nie trzeba, bez porady, a czasem i wbrew poradzie lekarskiej. Do zawodowego zajmowania się mięsieniem i stawianiem baniek nie potrzeba wykazywać się zawodowem uzdolnieniem, a publiczność jest zmuszona sama bronić się przed oszukańczą reklamą.

Pielęgnowaniem chorych po szpitalach i w domach prywatnych zajmują się tu rozliczne zakony, jak: *Soeurs du bon secours*, *Soeurs de l Espérance*, *Soeurs gardes malades* i wiele innych, ale prócz tego i liczne osoby prywatne. Przy niektórych szpitalach paryskich znajdują się osobne szkoły, t. zw. *„Ecoles d'infirmiers et d'infirmières"*, gdzie nauka odbywa się bezpłatnie. Profesorami są lekarze szpitalni, a nauka obejmuje przedmioty praktyczne i teoretyczne. O to najważniejsze z nich: Anatomia, fizyologia, higiena, administracya, opatrywanie ran, zasady farmakologii, pielęgnowanie chorych. Po zdaniu egzaminu można otrzymać dyplom, który do wykonywania zawodu nie jest potrzebny, ale przez publiczność dobrze widziany. W szpitalach tutejszych po salach chorych zajęci są wyłącznie dyplomowani dozorcy i dozorczynie; każdemu bowiem zgłaszającemu się do służby szpitalnej daje zarząd w pierwszym roku jakiekolwiek inne zajęcie a równocześnie zostawia mu czas do ukończenia szkoły i potem dopiero przydziela go do sal chorych.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba Lekarska wschodnio-galicyjska.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia pełnej Izby (ustępującej), odbytego w dniu 9 września 1899 roku.

Obecni: Przewodniczący-prezydent Dr. Festenburg, członkowie delegaci: Dr. Piaskiewicz, Dr. Eckhardt, Dr. Muszkiet, Dr. Lechowski, Dr. Wysocki, Dr. Ziemiański, jako zastępca Dr. Świątkiewicz; Dr. Żukowski i Dr. Pisek — pełniący funkcyę Sekretarzy.

Jako komisarz rządowy: JWny protomedyk Dr. Merunowicz, c. k. Radca Namiestnictwa.

I. Sekretarz odczytuje sprawozdanie z posiedzenia pełnej Izby z dnia 26 stycznia 1899. Protokół przyjęto.

II. Prezydent czyni wniosek, by przez powstanie z miejsca dali obecni wyraz smutkowi po stracie ś. p. kolegi Dra Gabryela Sysaka, delegata w Kołomyi, zacnego lekarza, gorliwego delegata i szlachetnego obywatela. Obecni na znak żałoby wstają.

III. Prezydent zdaje sprawę z czynności Izby za ubiegłe trzechlecie kadencyi Izby (1896, 1897, 1898). Sprawozdanie obejmuje szczegółowe zestawienie czynności na podstawie sprawozdań rocznych, dawniej już przedłożonych. W szczególności omawia Prezydent zmianę ustawy o Izbach, stosunek do władz, sprawę Kas chorych, sprawę jubileuszowego adresu i t. d.; 540 lekarzy było przy rozpoczęciu kadencyi; obecnie z końcem trzechlecia wynosi liczba przynależnych 680.

IV. Skarbnik odczytuje sprawozdanie kasowe za trzechlecie 1896, 1897, 1898 i sprawozdanie za czas od 1 stycznia 1899 po 25 sierpnia 1899 r.

V. Dr. Lechowski imieniem Komisyi kontrolującej, po przeprowadzeniu skontrum, wnosi udzielenie absolutoryum Skarbnikowi, oraz podziękowanie za żmudne czynności. Wniosek jednomyślnie przyjęto i udzielono Skarbnikowi i Wydziałowi absolutoryum.

VI. Dr. Lechowski wnosi, by nie przesadzano w oszczędności i ułożono akta, kwity i t. d. w sposób więcej buchalteryjny, aby ułatwić szybsze oryentowanie się.

VII. Nawiązując do sprawozdania Skarbnika przedstawia prezydent Dr. Festenburg, iż wykazany majątek Izby lekarskiej powstał z nadwyżek kasowych i wnosi, by Izba uchwaliła utworzyć z tego majątku fundusz na zabezpieczenie lekarzy przynależnych do Izby i ich wdów i sierót.

Wśród rozpraw, które się nad tą sprawą wywiązały, postawił Dr. Lechowski wniosek, ażeby użyć tego funduszu na utworzenie kasy pożyczkowo-zapomogowej; uchwalono przekazać oba wnioski nowej Izbie do załatwienia.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Festenburg.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Izby (nowowybranej), odbytego w dniu 9 września 1899.

Przewodniczący: Dr. Festenburg; obecni: Dr. Lechowski, Dr. Piaskiewicz, Dr. Eckhardt, Dr. Wysocki, Dr. Żukowski, Dr. Muszkiet, Dr. Bylicki, Dr. Lutyński, Dr. Smolarski, Dr. Sobierański, Dr. Pisek, Dr. Papée.

Jako komisarz rządowy: JWPan Radca Namiestnictwa Dr. Merunowicz.

Prezydent Dr. Festenburg składa przewodnictwo na ręce najstarszego wiekiem Dra Lechowskiego.

I. Dr. Festenburg zdaje pokrótce sprawę z odbytych w dniu 30 czerwca 1899 r. wyborów i przeprowadzonego przez Komisyę skrutynium. Ogłasza nazwiska wybranych w pojedyńczych okręgach członków i zastępców.

Sprawozdanie przyjęto bez rozpraw i jednogłośnie.

II. Z porządku dziennego przystąpiła Izba do ukonstytuowania się.

1) Prezydentem Izby, na 13 głosujących, wybrany Dr. Edward Gerard Festenburg 12 głosami; 1 głos padł na Dra Bylickiego.

2. Przy wyborze Wiceprezydenta Izby, na 13 głosujących otrzymali: Dr. Władysław Bylicki 10 głosów, Dr. Wacław Sobierański 2 głosy, Dr. Wiktor Lechowski 1 głos. Wybrany Dr. Władysław Bylicki.

3. Członkami Wydziału na 13 głosujących wybrani: Dr. Wilhelm Pisek 12 głosami, Dr. Wacław Sobierański 12 głosami. Dr. Wiktor Lechowski 8 głosami, Dr. Jan Papée 12 głosami.

Na zastępców wybrani: Dr. Grzegorz Ziembicki 12 głosami, Dr. Hilary Schramm 7 głosami.

Na delegatów do krajowej Rady zdrowia wybrani: Dr. Edward Festenburg 9 głosami, Dr. Wacław Sobierański 7 głosami.

III. Dr. Lechowski proponuje, by sprawy przekazane przez dawną Izbę Wydział wziął pod obrady i do 8 tygodni zwołał posiedzenie Izby, na którem by z konkretnymi wnioskami wystąpił.

Dr. Lutyński wnosi, ażeby na tydzień przed posiedzeniem wnioski te na piśmie każdy członek Izby otrzymał, celem ich przestudyowania.

Dr. Festenburg proponuje, ażeby sprawę załatwić na posiedzeniu rocznem Izby, mającem się odbyć w styczniu. W głosowaniu przyjęto wniosek Dra Lechowskiego, z poprawką Dra Festenburga.

Dr. Piaskiewicz wnosi, by Izba zrobiła przedstawienie do Rządu, aby lekarze miejscy, w chwili sprawdzenia epidemii w mieście przez Rząd, byli delegowani do prowadzenia epidemii. Formę tego przedstawienia ma obmyśleć Wydział Izby.

Komisarz rządowy, Radca Dr. Merunowicz, daje krótkie wyjaśnienie.

Dr. Lechowski wnosi, aby Rząd postarał się o zaopatrzenie wdów po lekarzach zmarłych na ostre choroby zakaźne.

Wnioski Drów Piaskiewicza i Lechowskiego przyjęto.

Dr. Lechowski wnosi, aby Izba wystósowała petycyę do c. k. Namiestnictwa, by przed rozdaniem szczepień Starostwa zebrały daty, kto z lekarzy deklaruje się do wykonywania szczepień.

Wniosek przyjęto.

Dr. Lechowski wnosi, ażeby Izba utworzyła w swem łonie biuro informacyjne dla posad lekarskich.

Dr. Eckhardt proponuje, by Izba wpływała na Wydziały powiatowe, ażeby te przy obsadzie lekarzy okręgowych uwzględniały, o ile możności, lekarzy dawniej osiadłych w tej miejscowości.

Wnioski Drów Lechowskiego i Eckhardta przyjęto po przeprowadzonej dyskusyi.

Dr. Lechowski wnosi, aby sprawozdanie odczytane przez Prezydenta, wydrukowano i rozesłano wszystkim lekarzom.

Wniosek przyjęto.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Festenburg.

Namiestnictwo Czech wygotowało już sprawozdanie z epidemii duru plamistego, która od stycznia do kwietnia b. r. nawiedziła 12 powiatów Czech i dotyczyła 103 chorych. Streszczenie tego sprawozdania znajdujemy w Nrze. *Öster. Sanitätswesen.* Należy podnieść z uznaniem, z jaką energią i zapałem wszystkie powołane czynniki spełniły swe obowiązki i osiągnęły tak świetny wynik zupełnego stłumienia zarazy, która tak już szerokie przybrała rozmiary, mimo różnorodnych a nie małych trudności. Największą stanowiło wykrycie przyczyny szerzenia się zarazy.

Stosunkowo łatwo udało się wykryć, że pierwszą osobą chorą w powiecie litomierzyckim była wyrobnica, którą dopiero w okresie ozdrowienia odesłano do szpitala. Nie można było jednak w żaden sposób wykazać, by ona nabyła choroby tej od innej osoby, gdyż z całą stanowczością stwierdzono, iż ani w miejscu jej pobytu, ani w całych Czechach, żadnego przypadku duru plamistego nie było — tak, że nie można tu wykluczyć samoistnego (autochton) powstania choroby.

Wkrótce jednak po umieszczeniu chorej w szpitalu (litomierzyckim) zachorowały tamże: naprzód inna chora (prostytutka z wypryskiem), dalej zakonnica, pielęgnująca te dwie chore, wreszcie trzech mężczyzn ze służby. Zaraz też przedsięwzięto z energią odpowiednie środki i to tak skutecznie, że ograniczono chorobę do tych pięciu przypadków.

Natomiast zaczął pojawiać się dur plamisty w coraz dalej położonych powiatach. Tu poszukiwanie źródła zarazy było o wiele trudniejsze, gdyż w bardzo krótkim czasie sygnalizowano telegraficznie Namiestnictwu pojawienie się zarazy prawie równocześnie w kilku powiatach. Ale i tu dochodzenia żmudne, lecz energicznie prowadzone, wykazały, że przyczyną szerzenia się zarazy jest mąż i syn owej wyrobnicy, którzy, zabrawszy dwie derki i inne rzeczy, których chora przed przewiezieniem do szpitala używała, puścili się w półtrzecia tygodnia trwającą podróż pieszą przez całe Czechy od północnego zachodu (Litomierzyce) do południowego wschodu (Landskron), — i choć obaj nie zachorowali, zakazili, nocując po różnych szynkach, oberżach, stajniach i t. p. całe powiaty. Zajmującem jest właśnie to ścisłe stwierdzenie, jak w ślad za tym wyrobnikiem powstawały jeden za drugim przypadki duru, dając znowu przyczynę szerzenia się zarazy w okolicy.

Pomimo takiego rozszerzenia się epidemii, stłumiono ją w bardzo krótkim czasie, bo w ciągu trzech miesięcy we wszystkich 12 powiatach w zupełności, co świadczy o doskonałej organizacyi i energii służby zdrowia w Czechach, jak również o wysokim stopniu poczucia obowiązków, z jakiem każdy z jej organów obowiązki te spełniał.

Epidemia miała w pojedyńczych przypadkach dość łagodny przebieg tak, że śmiertelność wynosiła 20%.

Badanie krwi chorych na dur plamisty pod drobnowidem i przez szczepienie na pożywkach, dokonane w pracowni Prof. Chiarego w Pradze, wydało wynik ujemny.

Z lekarzy żaden nie zachorował.

W zakończeniu tego sprawozdania (Ner 36. *Öster. Sanitätswesen*) wyliczono szczegółowo, jakich środków użyto w celu stłumienia epidemii. A więc naprzód dokładne odosobnienie chorych i ciągłe czuwanie nad osobami, które się z chorymi stykały; — dalej staranie się o przygotowanie w gminach, nawiedzonych zarazą, lub choćby tylko zagrożonych, o budynki izolacyjne, względnie baraki; — dalej dokładne odkażenie rzeczy i mieszkań zakażonych, — troska o służbę do pielęgnowania chorych (ile można taką, która już dur plamisty przebyła); — ostrzeganie gmin zagrożonych i dozór nad niemi, by odpowiednie kroki zapobiegawcze przeprowadziły, nim się epidemia pojawi; — czuwanie nad aresztami, schroniskami i t. p.; — dalej zakaz domokrąztwa i zarządzenie wydawania bezpłatnych posiłków biednym z równoczesnem surowem obostrzeniem zakazu żebractwa po domach; — wreszcie ogłoszenie pouczenia ludności o ochronie przed epidemią, obchodzeniu się z chorymi, odkażaniu i t. d.

Wszystko to są rzeczy znane: podajemy je więc tylko w zwięzłem streszczeniu; dodać jednak musimy, że wszystko to lekarze urzędowi albo sami czynili, albo dokonania osobiście dopilnowali, bez czego najprawdopodobniej nie byłoby można osiągnąć tak świetnego wyniku. *J. G.*

Sprawozdanie z ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi w miesiącu sierpniu 1899 r.

W miesiacu tym szczepiono ogółem 36 osób, w liczbie tej 11 pozostałych z lipca i 11 pozostających nadal w leczeniu na miesiąc wrzesień.

Wykaz liczbowy tych 36 osób, ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	—	1	3	4
w kończyny górne	3	8	9	20
w kończyny dolne i tułów	3	4	5	12
w ciało nagie	3	10	13	26
przez ubranie	3	3	4	10
liczby ogólne	6	13	17	36

Zwierzęta kąsające były we wszystkich przypadkach psy.

Dyrektor Zakładu: *O. Bujwid.*

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 14 września.

* Przed tygodniem odbył się we Lwowie Wiec delegatów Kas chorych, który rzucił światło na tę nową, a wielkiej doniosłości instytucyę społeczną. Jak każde dzieło ludzkie, Kasy chorych w ubiegłem dziesięcioleciu nie wykonały należycie tu i ówdzie mandatu; lecz rzut oka na całość przedstawia nietylko przewagę rozwoju pomyślnego, ale daje rękoimię, że zakres działania Kas chorych jest pożyteczniejszy i sięga dalej, niż z pozoru się wydaje, i że mogą one z czasem odegrać rolę potężnego czynnika społecznego.

Rozwój galicyjskich Kas chorych stwierdzają liczby statystyczne o stanie Kas w r. 1890 w porównaniu do r. 1896. W pierwszym okresie było Kas chorych 27, członków — 58,508, a zasiłków wypłacono 90,890 złr.; w drugim zaś było: 136 Kas, 106,686 członków i wypłacono zasiłków 207,672 złr.

Nie piszemy sprawozdania, więc nie pójdziemy za biegiem rozpraw wiecowych; podkreślamy tylko najważniejsze postulaty najwybitniej odźwierciadlające kierunki, którymi Kasy chorych idą, lub iść pragną. Wymieniamy najdonioślejsze: »należy domagać się koniecznie, ażeby służba domowa i wszyscy ci, którzy dotychczas nie należą do Kas chorych, — zostali do tego zmuszeni, tak, aby Kasy chorych objęły wszystkich pracujących; należy przeprowadzić przymusowe ubezpieczenie na starość i ubezpieczenie wdów i sierót oraz ubezpieczenie na brak pracy. Domagać się stanowczo rzetelniejszego poparcia ze strony władz, i dążyć do zmiany wadliwej ustawy Kas chorych. Wiec uznaje potrzebę zakładania własnych kolonij wakacyjnych i tanich kąpieli dla ubogiej ludności; w dalszym rozwoju zamierzają Kasy objąć apteki we własny zarząd; zakładać własne szpitale, a w szczególności zakładać własne uzdrowiska dla suchotników«; ważną tę sprawę rozwinął i wyłożył Dr. Sztembarth.

To pobieżne zarejestrowanie podniesionych na wiecu spraw stwierdza, że Kasy chorych dążą do objęcia niemal całokształtu samopomocy społecznej i jeśli kiedy swe postulaty przeprowadzą, staną się dźwignią do ziszczenia wielkich czynów społecznych.

W obradach Wiecu brał udział protomedyk Dr. Merunowicz.

* Dr. Ross, kierownik zakładu dla badania chorób podzwrotnikowych, który wyjechał z Liwerpolu na czele komisyi do zachodniej Afryki w celu poszukiwań źródła zakażenia zimniczego, donosi, że mu się udało wykryć w moskitach, rodzaju *Anopheles*, pasorzyta zimnicy czwartaczkowej.

* Rząd pruski wysłał do Oporto, dla dalszych badań nad dżumą, profesorów Froscha i Kossela.

* *Prawitielstwiennyj Wiestnik* donosi, że dzięki zarządzeniom komisyi przeciwdżumowej i energii jej prezesa, księcia Aleks. Oldenburgskiego, epidemia dżumowa w Kołobówce nie przekroczyła granic tej osady i w samem ognisku prawie już wygasła. Na 24 osob, które zachorowały, zmarło 23.

* W Zamościu otwarto stacyę higieniczną do badania środków spożywczych. Badania dokonywać będzie dr. Krzykowski wraz z aptekarzem Kłosowskim, który ofiarował na cele stacyi pomieszczenie i niektóre przyrządy.

* Nadzwyczajne zgromadzenie współwłaścicieli Nałęczowa poruczyło posadę kierownika tego zakładu, w miejsce śp. Dr. Chmielewskiego, — drowi Antoniemu Puławskiemu.

* Tytuł doktora farmacyi istnieje we Francyi; Eymar Lacour jest pierwszy, któremu tę godność nadał w lipcu Uniwersytet paryski po obronie rozprawy: »Wody wersalskie pod względem historycznym, chemicznym i bakteryologicznym«.

* Między 25 a 30 września odbędzie się w Brukseli Zjazd lekarzy Towarzystw ubezpieczenia na życie i od wypadków. Na porządku dziennym postawiono następujące sprawy: ubezpieczenie w przypadkach cukrzycy, białkomoczu i kiły; niedomoga nerwowa; porażenie postępujące; nerwica urazowa; statystyka; konieczność ujednostajnienia formularzy do badań lekarskich; tajemnica lekarska zawodowa w stosunku do Towarzystw ubezpieczenia na życie.

* Kongres chirurgów francuskich odbędzie się w połowie października b. r. w Paryżu.

* Dzienniki donoszą, że hr. Branicki zakupił majętność Proszków za cenę 175,000 rb. z zamiarem urządzenia tam przytułku dla nieuleczalnych i chorych na raka. Przystosowanie budynków wyniesie 30,000 rb., a na utrzymanie ofiarodawca przeznacza do 12,000 rb. rocznie.

* Dr. Wincenty Tyszkiewicz donosi nam, że opuścił stanowisko lekarza kierującego w pensyonacie i Zakładzie wodoleczniczym »Klemensówka« w Zakopanem.

(G.) Tryesteński Wydział krajowy zajął się sprawą uzdrowotnienia gmin swej prowincyi. W tym celu porozumiał się z Namiestnictwem tryesteńskiem i obie te władze wspólnemi siłami biorą się do pracy, której pierwszym widocznym objawem są dwa okólniki, — jeden Namiestnictwa do wszystkich Starostw, z dodaniem drugiego, t. j. okólnika Wydziału kraj. do poszczególnych gmin. W pierwszym Namiestnictwo poleca lekarzom powiatowym, by na podstawie osobistego poznania potrzeb zdrowotnych gmin, które przy sposobności swych objazdów, komisyj i t. p. nabyli, — ułożyli co do każdej gminy osobny szemat prac, jakie celem ich uzdrowotnienia przeprowadzić należy, przyczem naprzód uwzględnić należy krzyczące usterki przeciw higienie, następnie zaś, — stósownie do środków pojedynczych gmin, — ułożyć odpowiedni plan reszty prac asanizacyjnych. Lekarze powiatowi mają wreszcie co miesiąc składać wykazy kontrolne, ile z prac tym planem objętych już wykonano.

Dołączony do tego pisma okólnik Wydziału kraj. do poszczególnych gmin, zwraca naprzód ich uwagę na obowiązki gminy, wynikające z ustawy, czuwania nad zdrowotnością gmin i zaprowadzenia odpowiednich urządzeń zdrowotnych (dobra woda, kanalizacya, dom izolacyjny i t. d.), przyczem słusznie podnosi, że obowiązki te są co najmniej równie ważne, jak dostarczenie gminom pięknych teatrów, szkół, ratuszów i t. p. Dalej poucza gminy, że na podstawie ustawy rząd ma nietylko prawo, ale i obowiązek niepozwalać, by gmina powyższych obowiązków nie spełniała; co więcej, rząd (zwłaszcza w razie epidemii), może wykonać potrzebne roboty asanizacyjne na koszt gminy.

Wzywa zatem Wydział kraj. wszystkie gminy, by corocznie pewną część swych funduszów użyły na cele asanizacyjne i według pewnego z góry ułożonego planu odpowiednie prace nietylko same wykonały, lecz i swych obywateli do ich wykonania zmuszały. (*Oester. Sanitätswesen* Nr. 35, 1899).

Mianowania i odznaczenia: Prof. Szerwińskij mianowany został kierownikiem kliniki lek. w Moskwie. Dr. Pawlinow — prof. szczegółowej patologii i terapii.

Nekrologia: Zmarli: Dr. Tytus Wasylewski, lekarz powiat. zmarł w Rohatynie, w 46 r. życia. Wysoko był ceniony dla zalet umysłu i serca. Napisał trzy rozprawy z medycyny wewnętrznej. Dr. J. Cunning, prof. wewnętrznej medycyny w Belfast. Dr. Kowalkowskij, prof. higieny w Uniw. warszawskim, zmarł w głębi Rosyi.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich: W *Nowinach lekarskich* Nr. 8 i 9: Serkowskiego St.: O stósowaniu surowicy przeciwbłoniczej na wszelki wypadek. Rychlińskiego K.: Przyczyny powstawania bezwładu postępującego (dok.). W *Przeglądzie dentystycznym* Nr. 8: Zielińskiego Wł.: O przypadkach przy wyjmowaniu zębów (dok.). W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 36 Dr. Piltza I.: O nowych zjawiskach źrenicowych. Pechkranza: Samoistne cierpienia serca (c. d.). Dr. Fajersztajna J.: Polymyositis primaria (c. d.). W *Medycynie* Nr. 36: Sachsa F.: 14 przypadków dławca błoniczego, leczonych zapomocą intubacyi. Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (c. d.). W *Czasopiśmie lekarskiem* Nr. 9: Dr. Sterlinga S.: Ospa a suchoty. Dr. Puławskiego Win.: Przypadek rzucawki na początku piątego miesiąca ciąży. Poronienie. Dr. Berensteina M.: O koloniach letnich dla ubogich dzieci w Łodzi. Dr. Grodeckiego Fr.: Projekt ustawy kasy samopomocy lekarzy Królestwa polskiego.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURSY.

Na posadę lekarzy c. k. kolei państwowych na otworzyć się mającej linii Chabówka-Zakopane z siedzibą w *Nowym Targu* i w *Zakopanem* ogłasza się niniejszem konkurs.

Do okręgu lekarskiego w Nowym Targu przydzieloną będzie przestrzeń od kilometra 0·0 do kilometra 29·0 wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i ze stacyami: Raba wyżna, Sieniawa, Lasek, Nowy Targ i Szaflary.

Okręg lekarski w Zakopanem obejmować będzie przestrzeń od kilometra 29·0 do kilometra 43·560 również z budkami strażniczemi tamże się znajdującemi i ze stacyami: Biały Dunajec, Poronin i Zakopane.

Do obowiązku lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jakoteż wykonywanie innych czynności lekarskich, dotyczącemi przepisami bliżej określonych.

Z posadą lekarza kolejowego w Nowym Targu połączone jest honoraryum w kwocie 180 złr. w. a. — w Zakopanem w kwocie 100 złr. rocznie. 174

O posady powyższe ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym i chirurgicznym. Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 50 ct. zaopatrzone wnosić należy najdalej do 25 września b. r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie (oddział I), gdzie też i bliższych informacyj zasięgnąć można.

Posady powyższe obsadzone będą od 1 października 1899 roku.

Wskutek rozporządzenia Wydziału krajowego z dnia 9 sierpnia 1899, L. 52.961, rozpisuje się niniejszem konkurs na dwie posady lekarzy okręgowych, a mianowicie dla okręgu sanitarnego *Lubieńskiego*, obejmującego 14 gmin i obszarów dworskich, na obszarze 14.607 hektarów, w ilości 12·704 mieszkańców z siedzibą lekarza okręgowego w Lubieniu wielkim, tudzież dla okręgu sanitarnego *Dąbrowickiego*, obejmującego 9 gmin i obszarów dworskich, na obszarze 23.270 hektarów, w ilości 11.294 mieszkańców, z siedzibą lekarza okręgowego w Dąbrowicy.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcya, wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym, a mianowicie § 14 rozporządzenia wykonawczego do ustawy z d. 2 lutego 1891 Dz. ust. i rozp. kraj. Nr. 82, Cz. XXII.

Tenże obowiązanym będzie utrzymywać aptekę domową.

Dla lekarza okręgowego w Lubieniu wielkim wyznaczoną została płaca roczna 500 złr. i ryczałt roczny na koszta podróży służbowych w kwocie 300 złr., zaś dla lekarza okręgowego w Dąbrowicy płaca w kwocie 600 złr. i ryczałt w kwocie 400 złr.

Ubiegający się o powyższe posady winni wykazać, iż posiadają następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego.
2) Dyplom Doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
3) Nieskazitelny charakter.
4) Znajomość obu języków krajowych.
5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.
6) Dostateczną fizyczną zdatność.

Należycie udokumentowane podania winne być wniesione do Wydziału powiatowego w Gródku, najpóźniej do dnia 30 września 1899. 173

Gródek, dnia 22 sierpnia 1899.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.